



UvA-DARE (Digital Academic Repository)

Geld voor GGZ : de financiering van de geestelijke gezondheidszorg en de invloed van geld op de zorgpraktijk (1884-1984)

Bakker, C.T.

Publication date
2009

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Bakker, C. T. (2009). *Geld voor GGZ : de financiering van de geestelijke gezondheidszorg en de invloed van geld op de zorgpraktijk (1884-1984)*. [Thesis, fully internal, Universiteit van Amsterdam]. Vossiuspers - Amsterdam University Press.

General rights

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Disclaimer/Complaints regulations

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <https://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, P.O. Box 19185, 1000 GD Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

HOOFDSTUK VI

WEDEROPBOUW EN EEN STAPJE VERDER

Hoe de GGZ veranderde in de eerste naoorlogse decennia

Thans, nu de rookwolken van het slagveld gaandeweg optrekken en wij de verwoestingen in hun volle omvang kunnen gaan overzien, ontwaren wij, hoe deerlijk gehavend ons tevoren toch stellig goed gezonde geestesleven er op dit oogenblik uitziet.¹

Aldus K.H. Bouman in het inleidende woord waarmee het gloednieuwe *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid*, spreekbuis van de NFGV, van start ging.² Al voor het einde van de oorlog had de federatie een explosie van geestelijke nood voorspeld. Deportatie, executies, gevangenschap, arbeidsinzet, onderduik en illegaliteit zouden hun tol eisen. Nu was de Tweede Wereldoorlog voorbij en Nederland lag letterlijk en figuurlijk in puin. Degenen die door de schokkende ervaringen in de concentratiekampen in ernstige psychische nood waren gekomen, wachtte een ontwrichte toekomst. Hetzelfde gold voor hen die in de illegaliteit of als onderduiker hadden geleefd, en voor gezinnen die waren geconfronteerd met terechtstellingen. Anderen, die teruggekeerd waren uit krijgsgevangenschap, uit de arbeidsinzet of vanwaar dan ook, zouden te maken krijgen met een moeizame aanpassing aan het gewone leven. Grote groepen jongeren hadden door de oorlog hun kompas verloren als gevolg van de demoraliserende zwarte handel, van afgebroken studies en seksuele losbandigheid. En tot slot waren er natuurlijk nog de kinderen van collaborateurs.³

Zo zagen de denkers in het veld van de geestelijke volksgezondheid de nabije toekomst voor zich. 'Hier ligt een omvangrijke, moeilijke, maar hoogst noodzakelijke taak voor alle verenigingen, instituten en organisaties, die zich op het groote terrein van de Psychische Hygiëne bewegen', aldus Bouman.⁴ Een eenvoudige opgave was dit inderdaad niet, enerzijds vanwege het gebrek aan middelen en materialen, anderzijds omdat in de intramurale en de extramurale GGZ direct na de oorlog een groot gebrek aan adequaat geschoold personeel was ontstaan.

Voor de intramurale GGZ kwam daar nog bij dat in veel inrichtingen een ravage was aangericht. Bovendien waren door de oorlog, en de daaraan voorafgaande economische depressie, overal onderhoudswerkzaamheden en vernieuwingsplannen blijven liggen. In de woorden van R. Verbeek, de

¹ Bouman 1946, 3.

² Bouman 1946, 5.

³ NA 2.19.145 inv. nr. 49, Jaarverslagen NFGV 1943-1944, 3-4 en ibidem 1945, 5.

⁴ Bouman 1946, 3.

administrateur van Santpoort:

Wanneer de oorlog niet ware gekomen, zouden meerdere noodzakelijk geworden voorstellen tot vernieuwing en verbetering het licht hebben gezien; de omstandigheden hebben dit echter onmogelijk gemaakt. In de naaste toekomst zal echter aan deze noodzakelijkheid niet kunnen worden ontkomen.¹

In hoofdstuk V hebben we laten zien hoe de vooroorlogse verhoudingen tussen de overheid en het particulier initiatief vrijwel direct na de oorlog teruggekeerd waren, met als gevolg dat nieuwe wetgeving op het gebied van (de financiering van) de intramurale en extramurale GGZ uitbleef, alle wilde plannen ten spijt. Tegelijk echter constateerden we dat uit verschillende bronnen extra gelden beschikbaar werden gesteld. De extramurale GGZ kon rekenen op geld via het nieuwe Praeventiefonds en op groeiende subsidiebedragen van onder andere de provincies. De intramurale sector kreeg geld uit de Wederopbouwpot en via het aangepaste Ziekenfondsenbesluit. Daarnaast werden tariefverhogingen mogelijk gemaakt. Er was - kortom - ondanks de schaarste meer geld beschikbaar.

Bij de extramurale GGZ kunnen we op basis van de weinige beschikbare landelijke gegevens een enorme groei van uitgaven constateren. Tussen 1953 en 1963 vervijfvoudigden de totale uitgaven aan voor- en nazorg en MOB-, BLGM- en IMP-voorzieningen. Afgezet tegen de prijsontwikkeling ging het om een verdriedubbeling.² Op microniveau is de groei te zien in de bijdrage die de Noord-Hollandse gemeenten betaalden aan de Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid in Noord-Holland (SGV). Gemeenten betaalden een vast bedrag per inwoner; dit nam in de loop van de jaren vijftig en zestig toe van een dubbeltje naar zestig cent per inwoner per jaar.³ In reële bedragen ging het om een ruime verdriedubbeling van de bijdrage.

De uitgaven voor de intramurale GGZ stegen eveneens, maar minder snel. In grafiek VI-1 is bijvoorbeeld te zien dat er tussen 1953 en 1963 sprake was van een verdriedubbeling van de absolute bedragen, terwijl de groei afgezet tegen de prijsontwikkeling iets meer dan een verdubbeling bedroeg.

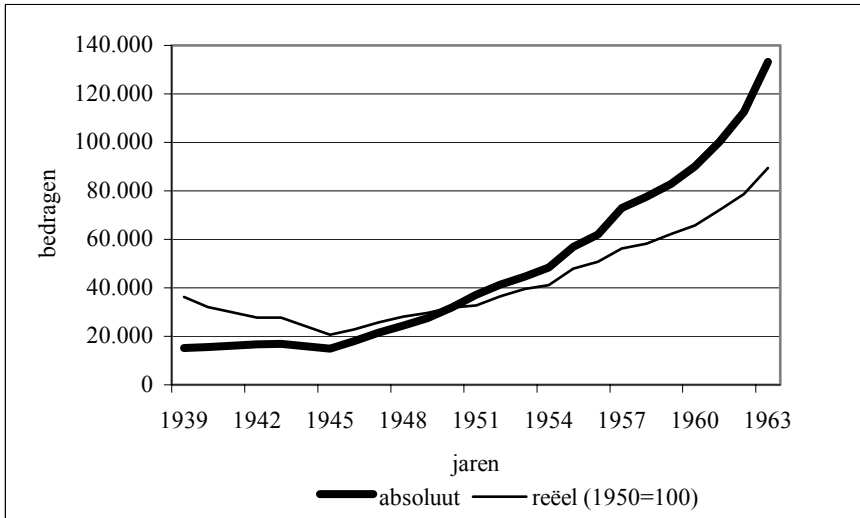
¹ Verbeek 1949, 257.

² CBS [1957-1966]b.

³ Bakker en Van der Velden 2004a en 2004b; GAT III Doos begrotingen [1949-1965].

Grafiek VI-1

Kosten van de intramurale GGZ (schatting), in absolute en reële bedragen in guldens (1939-1963)



Bron: CBS [1940-1946]c; CBS [1949-1966]b.

In dit hoofdstuk richten wij de aandacht op deze wederopbouwjaren. De vraag is hoe de groeiende geldstromen in de praktijk werden aangewend. Wat veranderde er nu werkelijk in de GGZ in de jaren vijftig? Ging het extra geld zoals altijd hoofdzakelijk zitten in inflatiecorrectie, volumeuitbreiding en toenemende personeelslasten (in de vorm van aan de groeiende welvaart aangepaste salarissen)? Of was er sprake van veranderingen en vernieuwingen? En wat betekende dit allemaal voor de GGZ zelf en haar gebruikers?

Eerst bestuderen we de omvang van de sector, intramuraal en extramuraal. Daarna bestuderen we de gang van zaken in de instellingen zelf. We bekijken allereerst de intramurale GGZ – de psychiatrische inrichtingen – en we onderzoeken wat daar veranderde in de kosten voor huisvesting en investering, onderhoud en renovatie, behandeling en personeel. In hoeverre hingen deze veranderingen samen met de komst van extra gelden en de (relatief kleine) aanpassingen van de financieringsstructuur? En wat betekenden de veranderingen voor de patiënten, de gebruikers van de zorg? Daarna bestuderen we de voor- en nazorg en de medisch opvoedkundige bureaus, die snel in omvang en aantal toenamen en een mooie casus bieden voor de explosieve groei van de extramurale GGZ. Aangezien er veel minder toegankelijk bronmateriaal over bestaat, kunnen we de veranderende praktijk van de extramurale GGZ in de wederopbouwtijd niet zo

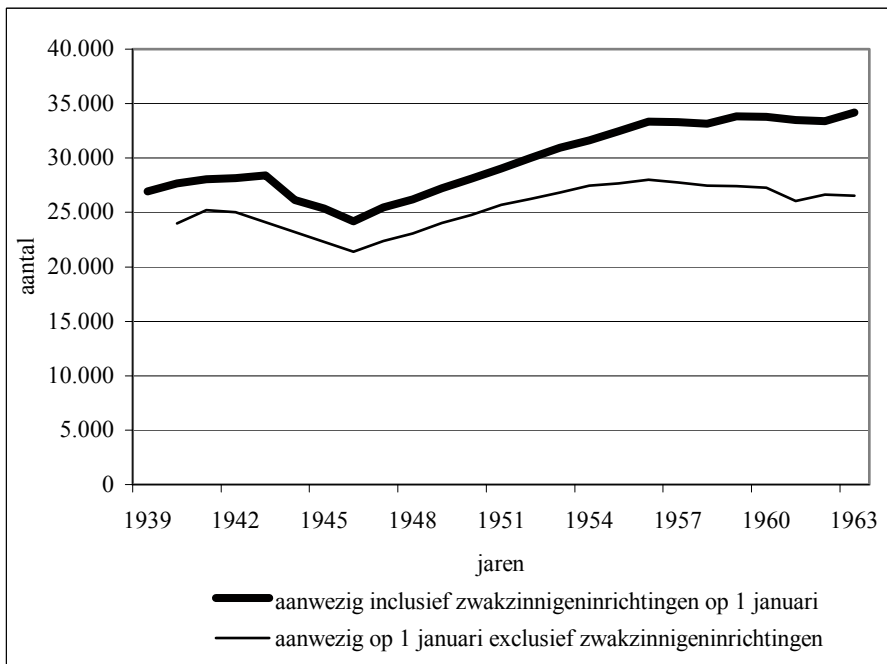
gedetailleerd beschrijven als de psychiatrische inrichtingen. Wij richten ons dan ook hoofdzakelijk op organisatorische veranderingen en de personeelsomvang in de extramurale GGZ.

§ 1. Verschuivingen in de omvang

De omvang van de intramurale GGZ is betrekkelijk eenvoudig te achterhalen. Het Staatstoezicht hield dit vrij nauwkeurig bij en het CBS maakte gebruik van deze gegevens. Voor de extramurale GGZ zijn gegevens over de geldstromen, het aantal betrokken instellingen en de omvang van het cliëntenbestand veel lastiger vast te stellen. Gegevens van de NFGV over de verdeling van de Prophylaxefondssubsidie bieden voor de eerste jaren na de oorlog een aanknopingspunt. Daarna kunnen we gebruikmaken van wat summierere gegevens van het CBS.

Grafiek VI-2

Aantal aanwezige patiënten in inrichtingen in Nederland (1939-1963)*



* Erkend in de zin van de Krankzinnigenwet; inclusief en exclusief zwakzinnigeninrichtingen. Onduidelijk is of de annexe gezinsverpleging en de tijdelijk met of zonder verlof afwezigen erbij zijn geteld.

Bron: Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, Bijlage 5A en 5B.

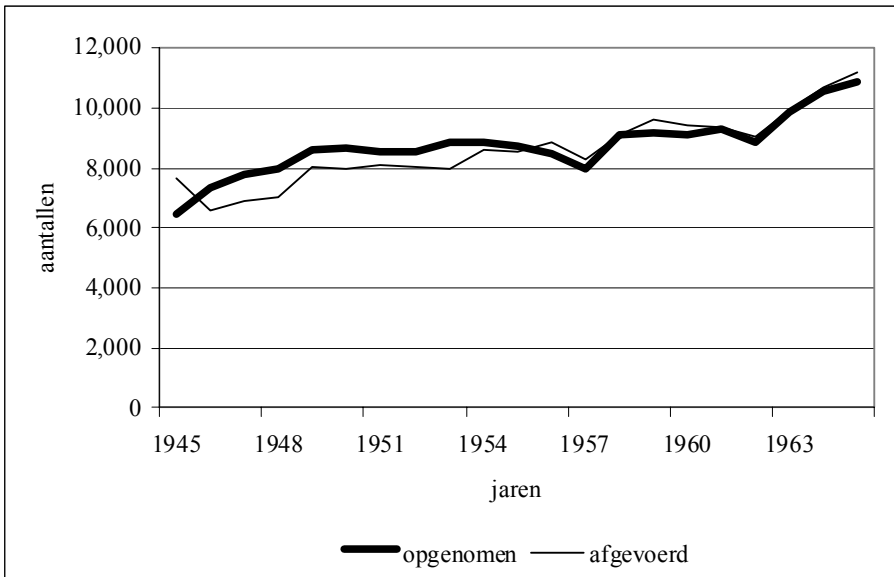
De intramurale GGZ

In de omvang van de bevolking van de psychiatrische inrichtingen veranderde er eigenlijk niet zo veel gedurende de wederopbouwjaren.

Aan de vooravond van de Tweede Wereldoorlog verbleven er in ons land in totaal ongeveer 27.000 patiënten in psychiatrische inrichtingen en zwakzinnigeninrichtingen. Dit was ruim drie promille van de bevolking.¹ Aan het einde van de oorlog was het aantal patiënten in de inrichtingen die onder het Staatstoezicht vielen, gedaald naar ongeveer 24.000, iets meer dan tweeëneenhalf promille van de totale bevolking van Nederland. Een kleine vijf jaar later was het aantal weer op zijn vooroorlogse niveau. Het aantal steeg in de decennia daaropvolgend licht, maar hield gelijke tred met de bevolkingsaanwas.² Er vond ook een sprongsgewijs groeiende doorstroom plaats in de inrichtingen. Het aantal opgenomen patiënten nam toe en het aantal uit de psychiatrische inrichtingen ontslagen patiënten groeide eveneens.

Grafiek VI-3

Aantal in psychiatrische inrichtingen opgenomen en afgevoerde (overleden en ontslagen) patiënten (vermoedelijk), inclusief overplaatsingen uit binnen- en buitenlandse inrichtingen en gevangenissen, in Nederland (1946-1965)



Bron: Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, Bijlage 5B.

¹ Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, Bijlage 5A.

² Dit alles betreft opnieuw de inrichtingen die onder het Staatstoezicht vielen. Door de babyboom was het promillage opgenomen patiënten van de totale bevolking eind jaren veertig iets gedaald, maar dit zou spoedig weer bijtrekken en rond de drie blijven schommelen.

Dit verschijnsel hangt samen met een andere ontwikkeling: het aantal (door het Staatstoezicht erkende) zwakzinnigeninrichtingen groeide tussen 1951 en 1959 van zes naar zestien. Daarnaast telde het CBS in deze periode een vrij forse uitbreiding van het aantal zwakzinnigen in zogenaamde ‘instellingen voor weldadigheid’: van rond de 950 eind 1946 naar bijna 7.000 begin 1964. Volgens de tellingen van het CBS verdubbelde het promillage van in gespecialiseerde instellingen opgenomen zwakzinnigen ten opzichte van de bevolkingsaanwas.¹ Het is echter de vraag of deze groei daadwerkelijk zo groot is geweest als het lijkt, want het is goed mogelijk dat de instellingen voor weldadigheid waar verstandelijk gehandicapten verpleegd werden, al bestonden, maar voordien niet in het bestand van het CBS voorkwamen.

Het is in ieder geval duidelijk dat er minder verstandelijk gehandicapten in psychiatrische inrichtingen werden opgenomen. Daardoor ontstond er enige ruimte om de bescheiden aanwas van psychiatrische patiënten op te vangen. Een deel van deze groep patiënten kon na een korte periode weer ontslagen worden, hetgeen bij verstandelijk gehandicapten zelden het geval was geweest.² Nieuwe bedden hoefden er daardoor niet bij te komen. Het aantal psychiatrische inrichtingen groeide dan ook niet. In 1939 waren er in ons land - afhankelijk van de telling - 41 psychiatrische inrichtingen. Daarvan waren er twee tijdens de oorlog gesloten, Het Apeldoornsche Bosch (1943) en Koningsheide in Schaarsbergen (1944). In de eerste decennia na de oorlog kwamen er per saldo geen nieuwe inrichtingen bij.³ Al met al kunnen we vaststellen dat de omvang van de bevolking van de psychiatrische inrichtingen niet sterk toenam. Voor zover er sprake was van een stijging, was dit een toename in de richting van de vooroorlogse verhoudingen, gevolgd door een toename die gelijke tred hield met de bevolkingsaanwas. Wel was er sprake van een snellere doorstroming in de gestichten: de opname duurde gemiddeld korter. De totale kosten van de intramurale GGZ namen veel sneller toe dan het aantal opgenomen patiënten. Deze groei werd dus niet veroorzaakt door volume groei.

¹ CBS [1949-1966]b.

² In de toename van het aantal gespecialiseerde zwakzinnigeninrichtingen weerspiegelde zich de langzame losmaking van de zwakzinnigenzorg uit het krankzinnigenwezen, ook in organisatorisch verband. Zie voor dit proces: Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 523-526.

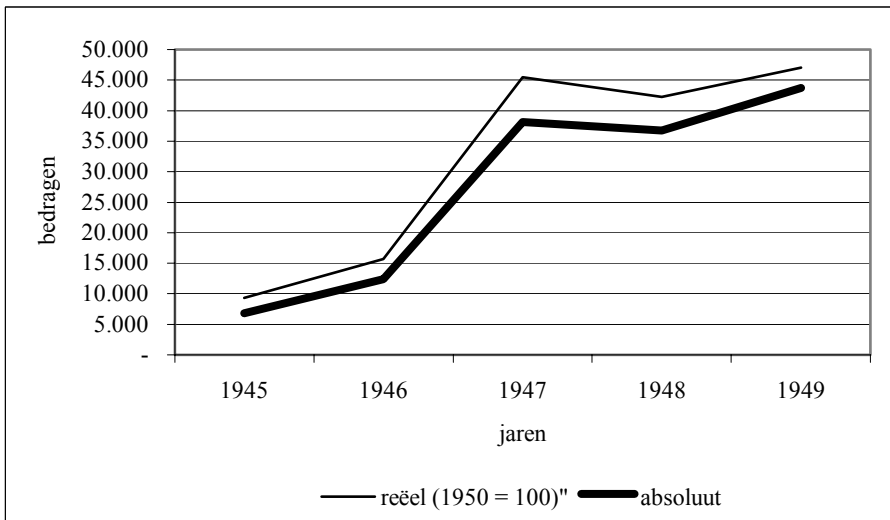
³ Alle in de zin van de Krankzinnigenwet. Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2007, Bijlage 1A. De beschikbare bronnen over de betreffende periode spreken elkaar tegen, hetgeen te maken heeft met de definitie die werd gehanteerd: of buitengestichten, of twee inrichtingen die onder één geneesheer-directeur stonden (zoals Reinier van Arkel en Voorburg in 's-Hertogenbosch en Vught) apart werden geteld of niet. (Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 516.) Overigens waren er in 1951 nog drie gestichten zonder open afdeling. Deze werden evengoed bij de psychiatrische inrichtingen gerekend. (Pameijer 1951, 177.)

De extramurale GGZ

Voor de extramurale GGZ lag dit anders. Het totale bedrag dat na de oorlog via het Prophylaxefonds werd uitgekeerd, steeg, zoals we in grafiek VI-4 kunnen zien. Dit betekende, zoals we in hoofdstuk V al schreven, echter niet dat de instellingen voor extramurale GGZ meteen veel geld te besteden hadden en er per cliënt dus meer geld beschikbaar zou zijn. In tegendeel. De bijdrage van het fonds lag in 1947 slechts iets boven het vooroorlogse niveau, maar werd nu over veel meer bureaus verdeeld. ‘Het was allemaal noodlijdend in die vijftiger jaren’, memoreerde sociaal-psychiater C.B.J.B. Trimbos later. ‘Er was geen geld, er waren geen regels, geen subsidievoorwaarden, eigenlijk niks, en alles wat je wou moest je per hapje waar maken.’¹

Grafiek VI-4

Subsidiebedrag Prophylaxefonds dat via de NFGV werd verdeeld, in guldens (1945-1949)



Bron: NA 2.19.145 inv. nrs. 49 en 50, Jaarverslagen NFGV 1934-1969.

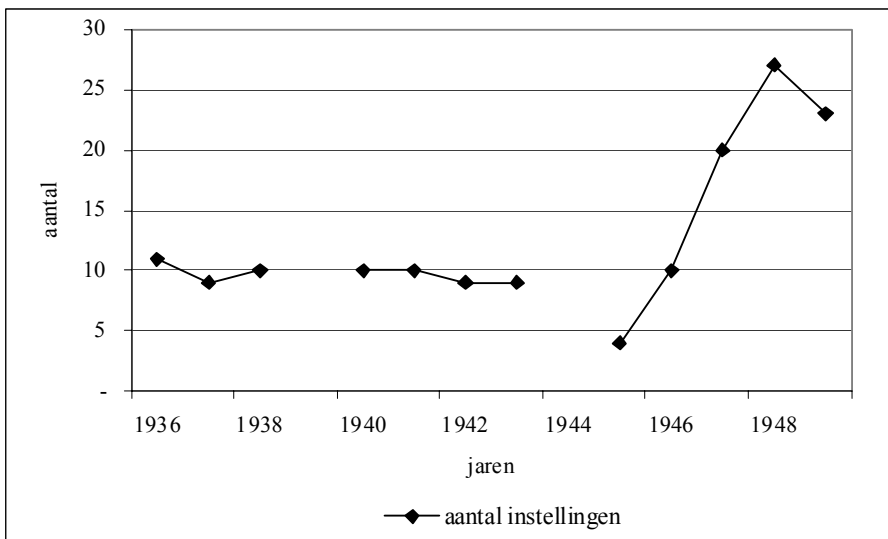
Grafiek VI-5 laat zien hoe het aantal instellingen dat via de NFGV subsidie van het Prophylaxefonds kreeg, in de eerste jaren na de oorlog toenam. De toename werd onder andere veroorzaakt door de komst van het Psychoanalytisch Instituut (PAI), dat in 1946 f3.000,- Prophylaxesubsidie ontving, en het Instituut voor Multidisciplinaire Psychotherapie (f2.000,- in 1947). De bijdrage van het Prophylaxefonds voor deze instellingen na

¹ Geciteerd bij Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 664.

men in de jaren daarna wel af. Voor de nieuwe Bureaus voor Huwelijksaangelegenheden en Bureaus voor Levens- en Gezinsmoelijkheden gold dit niet. Ook deze werden via het Prophylaxefonds gesubsidieerd. Het Rotterdamse bureau voor Levens- en Gezinsvragen was in 1946 het eerste bureau dat een subsidie (f1.000,-) van het Prophylaxefonds kreeg, het Haagse bureau volgde een jaar later met f1.620,-. In de jaren daarop volgden er meer van dit soort bureaus bij. Voor de MOB's en de instellingen voor voor- en nazorg betekende de komst van zoveel nieuwe bureaus onder de subsidievlag van het Prophylaxefonds, dat zij procentueel op minder geld van het fonds konden rekenen.¹

Grafiek VI-5

Aantal instellingen dat via de NFGV Prophylaxefondssubsidie kreeg (1936-1952)



Bron: NA 2.19.145 inv. nrs. 49 en 50, Jaarverslagen NFGV 1934-1969.

Het door het Prophylaxefonds aan de geestelijke gezondheidszorg uitgekeerde subsidiebedrag nam na de oorlog dus toe, terwijl ook het aantal bureaus dat subsidie ontving, groeide. Hoewel er geen sprake is van een één-op-één-relatie (de extramurale sector werd immers door veel meer financiers bekostigd), mag men in deze beide ontwikkelingen een teken zien van volumegroei, in ieder geval van het *aantal bureaus*.

De groei van het aantal bureaus werd versterkt toen het Prophylaxefonds werd opgeheven en de subsidies voortaan door het Praeventiefonds werden verstrekt. Zoals we in hoofdstuk V reeds hebben toegelicht, werd het

¹ NA 2.19.145 inv. nrs. 49, Jaarverslagen NFGV vanaf 1946.

Praeventiefonds niet via de gelden van de Ziektewet, maar uit de ziekenfondskassen gevuld. Het zat al vanaf het begin veel ruimer in zijn jasje dan het Prophylaxefonds. De bedragen die aan de extramurale GGZ werden uitgekeerd, lagen dan ook veel hoger dan het bedrag dat het Prophylaxefonds ter beschikking stelde. Het fonds begon met een bedrag van f180.000,- voor de geestelijke volksgezondheid, een jaar later was dit al opgelopen tot f243.670,-, waarvan meer dan de helft (f146.000,-) voor de MOB's bestemd was.¹ In de jaren daarop volgend nam de subsidiestroom voor de geestelijke volksgezondheid verder toe en uiteindelijk zou het bedrag uitgroeien tot ongeveer acht ton.

De groeiende subsidiestromen richting de extramurale GGZ maakten dat de sector een flinke groei kon doormaken. In ieder geval dus wat betreft het aantal voorzieningen. Of er ook daadwerkelijk meer mensen gebruik gingen maken van de voorzieningen, is bij gebrek aan informatie helaas niet na te gaan.² De Nederlandsche Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid had in 1936 een eerste poging ondernomen tot het in kaart brengen van de hele GGZ-sector, in de *Gids betreffende de geestelijke volksgezondheid (psychische hygiëne) in Nederland*.³ Duidelijk was toen al hoe lastig het was de verzamelde gegevens bruikbaar te groeperen, doordat de verschillende vormen van hulpverlening vaak met elkaar verweven waren. Als voorbeeld de voor- en nazorg: volgens de *Gids* telde Nederland in 1936 15 inrichtingen met een min of meer volledige buitendienst, die inclusief de Afdeling Geestes- en Zenuwzieken van de Amsterdamse GG&GD op 24 locaties spreekuur hielden.⁴ Verder bestonden er diverse spreekuren in Zuid-Holland en Overijssel, waarbij sprake was van samenwerkingsverbanden tussen provincie en kruisverenigingen, en waren er 20 vrijgevestigde psychiaters die onder auspiciën van de Centrale Vereniging ter Behartiging der Maatschappelijke Belangen van Zenuw- en Zielszieken spreekuur hielden. Ook waren er nog vier patronaatsvoorzieningen, instellingen die aan ontslagen patiënten een geldbedrag ter beschikking stelden.⁵

In 1949 en 1969 werden opnieuw *Gidsen* uitgegeven. Aan de hand hiervan kunnen we het volgende overzicht samenstellen; eigenlijk niet veel meer dan een ruwe schets.

¹ Hilfman 1953, 109; Van der Grinten 1987b, 141; Banning et al 1955.

² De extramurale geestelijke gezondheidszorg was weliswaar in 1946 onder toezicht gekomen van de Geneeskundige Inspectie voor de Volksgezondheid (GIV), maar deze hield van deze voorziening geen centrale registratie bij. Het CBS verzamelde evenmin uitgesplitste gegevens over de extramurale GGZ.

³ Nederlandsche Vereeniging voor de Geestelijke Volksgezondheid 1936.

⁴ Het Apeldoornsche Bosch, WA Stichting, Endegeest, Franeker, St. Joris, St. Joseph, Maasoord, Reinier van Arkel, Veldwijk, Voorburg, Vogelenzang, Vrederust, Zon en Schild, Licht en Kracht en Dennenoord.

⁵ Nederlandsche Vereeniging voor de Geestelijke Volksgezondheid 1936, 67-74.

Tabel VI-1**Aantallen instellingen van de ambulante geestelijke gezondheidszorg 1936-1969***

	CBA**		voor- en na-zorg***		MOB		BLGM****	
	aantal	spreekuur	aantal	spreekuur	aantal	spreekuur	aantal	spreekuur
1936	23		18		6			
1949	9		24	82	12		8	
1965/69	19	95	35	208	73	105	67	72

* Het gaat hierbij om de institutionele en publieke ambulante geestelijke gezondheidszorg: de particuliere praktijken zijn niet geteld. De cijfers hebben betrekking op zelfstandige organisaties en - zover bekend - spreekuuradressen. ** Ook aangeduid als Medisch Consultatiebureau of Medisch-Maatschappelijk Consultatiebureau voor Alcoholisme. *** Vanaf 1961 officieel Sociaal Psychiatrische Dienst. **** Ook aangeduid als Bureau voor Huwelijks- en Gezinsmoeilijkheden of Spreekuur voor Levensmoeilijkheden. De katholieke voorzieningen op dit terrein heetten Bureau voor Huwelijksvoorlichting en vanaf begin jaren vijftig Bureau voor Huwelijksaangelegenheden.

Bron: Oosterhuis en Gijswijf-Hofstra 2008, Bijlage 6. Voor een nauwkeurige bespreking van deze gegevens verwijzen wij naar deze publicatie.

De groei van het aantal bureaus hing samen met een toenemende vraag naar extramurale hulpverlening. Voor de oorlog bestond er betrekkelijk weinig behoefte aan: de zorg was duur en bij burgers kwam waarschijnlijk niet zo snel de gedachte op dat zij met hun problemen wel eens naar een bureau voor levens- en gezinsmoeilijkheden, een bureau voor huwelijksaangelegenheden of een medisch opvoedkundig bureau zouden kunnen stappen. Instellingen moesten veel werk maken van ‘propaganda’.¹ Na de oorlog veranderde dat echter. Geholpen door de naoorlogse bezorgdheid over de gevolgen van de verschrikkingen voor het geestelijke welzijn van de bevolking, wisten steeds meer verwijzers (huisartsen, schoolartsen, politieambtenaren, geestelijken, enzovoort) de weg naar de extramurale geestelijke gezondheidszorg te vinden. Hetzelfde gold voor de financieringsbronnen. De sector werd door het Praeventiefonds, maar ook door de rijksoverheid, de provincies en gemeenten in gelegenheid gesteld te groeien en zo gebeurde het. In de woorden van Querido begon de geestelijke volksgezondheid ‘alle teekenen van een wilde ontwikkeling’ te vertonen.² In de laatste paragrafen van dit hoofdstuk zullen we de groei van de extramurale GGZ toespitsen op twee onderdelen van de sector (de voor- en nazorg en de MOB’s) en dieper ingaan op de achtergrond van dit proces.

¹ Zie o.a. NHA 380 inv. nr. 1, Jaarverslag SGV 1950, 4; 1951, 4-5. Dit gold overigens niet voor de NFMOB: deze had naar eigen zeggen zo weinig budget dat er geen geld overschoot voor reclame. Zie ook hoofdstuk V.

² Querido 1946. In zijn ogen was dit een ongewenste ontwikkeling.

Groei en verschuiving

Al met al kunnen we stellen dat de intramurale geestelijke gezondheidszorg wat betreft omvang in de eerste jaren na de oorlog niet bijzonder was uitgedijd, met uitzondering van de groei van de zwakzinnigenzorg, maar dat deze wel meer middelen ter beschikking had gekregen. Er trad een verschuiving op in het bevolkingsbestand: de plaats van een grote groep zwakzinnigen, die voorheen als ‘chronische patiënten’ werden aangemerkt, werd nu in beslag genomen door meer patiënten, die kortdurend in behandeling kwamen. De opname- en ontslagcijfers gingen omhoog. In onderstaande paragrafen rafelen we deze ontwikkeling uiteen en kijken we expliciet naar de financiële componenten ervan.

Daarnaast kunnen we vaststellen dat de extramurale GGZ wat betreft aantal bureaus wel flink was toegenomen. Het bedrag dat in de sector omging, steeg eveneens fors. Of er daarnaast sprake was van een intensiever ‘gebruik’ van de hulpverlening, is bij gebrek aan adequate informatie niet na te gaan, maar veel wijst ook in deze richting. Wij komen hieronder nog uitgebreid terug op deze kwestie.

§ 2. Afschrijven en vernieuwen in de inrichting

Voor een goed begrip van de ontwikkelingen in de GGZ-praktijk in de wederopbouwjaren moeten we eerst weer een duik nemen in de wereld die financiële administratie heet, want daar was in de eerste jaren na de oorlog veel aan de gang. De invloed van deze naoorlogse bedrijfseconomische ontwikkelingen op de geestelijke gezondheidszorg - voor historici van de psychiatrie een onontgonnen terrein - zijn groot geweest, zoals we hieronder zullen laten zien.

De organische bedrijfsrekening wint het pleit

Het motto: “Voor onze patiënten is het beste nog nauwelijks goed genoeg” [...] wordt [...] vaak gebruikt als dekmantel voor verspillingen [...]. [H]erhaaldelijk worden voor patiënten medicamenten voorgeschreven, die speciaal in de apotheek moeten worden bereid. Indien na b.v. 2 dagen blijkt, dat de patiënt niet goed reageert [...kan de] rest [...] worden vernietigd; vaak blijkt dat b.v. 40 poeders of een grote fles met drank werd voorgeschreven.¹

¹ Van den Boogert 1951d, 126.

Voor J.A. van den Boogert, administrateur van de Haagse Gemeenteziekenhuizen, was het zonneklaar: geneesheren hadden begin jaren vijftig nog altijd geen belangstelling voor de zakelijke kant van hun werk. Van den Boogert behoorde tot een nieuwere generatie pleitbezorgers van een uniforme administratie, die zich nu ook uitstreckte over de algemene gezondheidszorg. Hij vond het ‘eigenlijk beschamend’ dat dit thema 25 jaar na het verschijnen van het rapport-Limberg (zie hoofdstuk III) nog altijd onderwerp van discussie moest zijn.¹

De discussie over de organische bedrijfsrekening was inderdaad nog niet uitgewoed. Tijdens de Algemene Vergadering van de Vereniging voor Administratie en Economie in de Ziekenhuizen op 10 december 1947 memoreerde R. Verbeek van Santpoort ook met enige verbazing dat hij nu al een kwart eeuw strijd voerde voor de sectorbrede invoering van de nieuwe methode. De methode was weliswaar door de VKIN aanvaard, verschillende inrichtingen en - opvallend - ook de meeste algemene ziekenhuizen waren nog niet overgestapt, terwijl het, althans volgens Verbeek, toch ‘de meest bruikbare, maar vooral [...] meest geëigende methode voor de Ziekenhuizen’ was.² Alleen met de organische methode kon een juiste kostprijsberekening worden vastgesteld, alleen ‘gewapend met kennis van zaken en met een volledig inzicht in de samenstelling van de kostenbepalende elementen van elk bedrijfsonderdeel’ kon een ziekenhuis tot efficiëntieverhogende maatregelen overgaan.³ En dat was volgens Verbeek een maatschappelijke plicht, want ‘[e]lke uitgespaarde fractie van een cent op het bedrag, dat de samenleving voor de verpleging van haar zieken opbrengt’, zou ‘voor verbetering en vooruitgang’ kunnen worden aangewend.⁴

Het geschil draaide om dezelfde kwesties als in de jaren twintig en hing nog altijd samen met de vraag wie het in het ziekenhuis voor het zeggen moest hebben: de geneesheer-directeur of een tweehoofdige directie bestaande uit de geneesheer-directeur en de administrateur.⁵ Nu ook bestuurders van algemene (en universitaire) ziekenhuizen zich in het debat mengden, ontstonden er evenwel nieuwe gezichtspunten. In de ziekenhuiswereld gingen de discussies over de organische bedrijfsrekening veel meer dan in het inrichtingswezen gepaard met beschouwingen over efficiency.⁶ Bovendien waren ziekenhuisadministraties ingewikkelder dan inrichtingsadministraties, voor universitaire ziekenhuizen gold dit in het

¹ Van den Boogert 1951d, 130.

² Verbeek 1948, 31.

³ Verbeek 1948, 35. Zie ook Valk 1948a, 1948b, 1948c en 1948d.

⁴ Verbeek 1948, 35. Zie ook: Van den Boogert 1950, 254.

⁵ Valk 1948a, Verbeek 1948, Veldhuyzen 1948.

⁶ Van den Boogert 1951a, 1951b, 1951c, 1951d.

kwadraat. Het organische bedrijfssysteem kon daar niet zonder meer op losgelaten worden, was een veelgehoorde gedachte.¹

Intussen werd ook onder katholieken de invoering van de organische bedrijfsrekening een discussiethema. Verschillende auteurs in het katholieke orgaan *Ons Ziekenhuis* bogen zich erover. Een onderzoekscommissie die tot taak had de financiële verhoudingen in het ziekenhuiswezen in kaart te brengen, riep de ziekenhuizen in 1951 op 'ten spoedigste' over te gaan tot een organische kostenindeling, met dezelfde argumenten als waarmee Verbeek en zijn medestanders de methode hadden gepropageerd in het inrichtingswezen.² Aldus geschiedde.

Zo eindigde de discussie tussen de voor- en tegenstanders van de nieuwe methode in een overwinning van de eersten. In opdracht van de Vereniging van Katholieke Ziekenhuizen, de Vereniging van Ziekenhuizen in Nederland en de Bond der Nederlandse Diaconessenhuizen, verscheen in 1954 *De toepassing van de organische bedrijfsrekening*, waarin handvatten werden geboden om de methode ook in de ziekenhuizen in te voeren.³ Daarna werd er nauwelijks meer geschreven over het onderwerp.⁴ Na jarenlang vele kolommen van *Het Ziekenhuiswezen* te hebben gevuld, had het onderwerp 'organische bedrijfsrekening' ongemerkt zijn status als discussiethema verloren. Even geruisloos stapte de VCV - het laatste bolwerk van de categorische rekenmethode in het inrichtingswezen - over op de organische bedrijfsrekening. In 1953, kort nadat een nieuwe penningmeester was benoemd, werden de exploitatiecijfers van 1951 volgens het organische stelsel in het jaarboek gepubliceerd.⁵

Dat nu het hele ziekenhuiswezen en inrichtingswezen gewonnen was voor de organische bedrijfsrekening, moet voor Verbeek een enorme opsteker zijn geweest. Dit blijkt ook uit de huldeblijken bij zijn 40-jarig ambtsjubileum in 1951, waarin hij als 'grootmeester in dit vak' werd geroemd vanwege 'de geniale greep naar de organische bedrijfsvoering', waardoor zijn naam voor altijd verbonden zou blijven aan 'de bevordering van een goede administratie in de ziekenhuizen'.⁶

¹ Veldhuyzen 1948.

² Van Berkum et al. 1951, 92. Aanleiding voor dit onderzoek, dat verder ging dan alleen de bestudering van het vraagstuk van de juiste boekhoudmethode, was gelegen in een overeenkomst tussen de Ziekenfondsen en de Landelijke Specialisten Vereniging betreffende de honorering van specialistische hulp. Bij de onderhandelingen voelden de vertegenwoordigers van het ziekenhuiswezen zich gehandicapt door het gebrek aan kennis van zaken.

³ Van Aalst et al. s.a. [ca. 1954].

⁴ Dit werd opgemerkt in een recensie over het boekje door eerder aangehaalde Van den Boogert (Van den Boogert 1955, 81).

⁵ VCV s.a. [1953], 212, VCV s.a. [1954], Lindeboom 1984, 91.

⁶ N.n. 1951.

Een nieuwe afschrijvingspolitiek

In dezelfde periode werd in *Het Ziekenhuiswezen* over een gerelateerd onderwerp gedebatteerd: de afschrijving van gebouwen en inventaris. Het ging simpel gezegd om de kwestie hoeveel geld er voor afschrijving verrekend mocht worden in de verpleegtarieven. We hebben in de voorgaande hoofdstukken al laten zien dat de post ‘afschrijvingen’ sinds jaar en dag geen serieuze rol speelde in de exploitatie van de inrichtingen. Hetzelfde gold voor een post als ‘reserves’. Zo ze al bestonden, waren ze met de natte vinger vastgesteld en werden ze weggestreept als er bezuinigd moest worden. Dit gemis bleek meestal pas op het moment dat investeringen noodzakelijk werden en daarvoor externe geldbronnen moesten worden aangeboord.

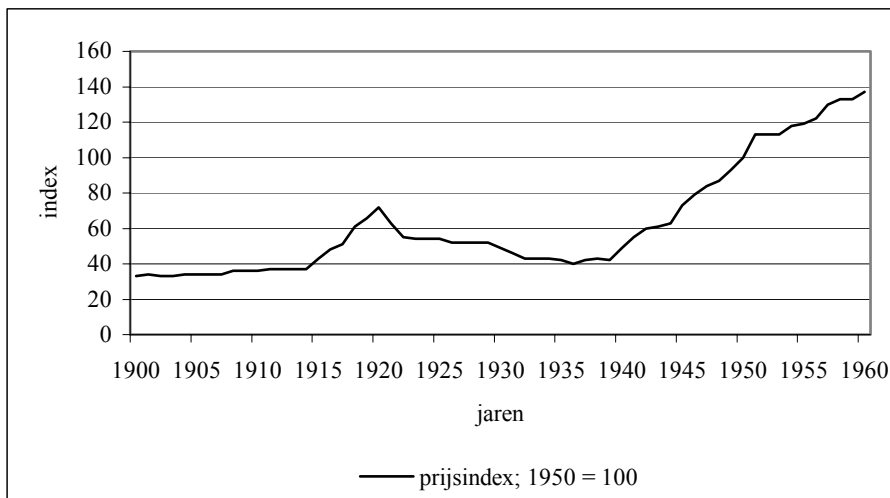
Dat dit mogelijk was, komt enerzijds door de onbekendheid met de materie; de gestichtadministratie zelf stond nog in de kinderschoenen, evenals de theorievorming over bedrijfseconomie. Eerder genoemde prof. Th. Limperg uit Amsterdam en zijn Rotterdamse, Delftse en Tilburgse collega's verrichtten in de jaren twintig pionierswerk als hoogleraren op dit terrein.¹ Anderzijds speelde ook onduidelijkheid over wat in de sector als winst werd gezien, een rol. Regels voor het voeren van een juiste administratie bestonden niet en het reserveren van geld voor toekomstige nieuwbouwplannen werd al snel beschouwd als het maken van winst; hier stonden velen, zoals bekend, afwijzend tegenover (zie hoofdstuk 1).

Na de oorlog veranderde dit. Enkele onderling samenhangende factoren speelden hierbij een rol. Door de depressie en de oorlogstoestand waren veel noodzakelijke renovaties blijven liggen. Veel ziekenhuizen en verpleeginrichtingen hadden daarenboven (grote) oorlogsschade geleden. Over de gehele linie waren dus renovatiewerkzaamheden noodzakelijk en daar was geld voor nodig.

¹ Zie o.a. Van der Schroeff 1946, De Vries 1985, Van Sloten 1987, Trompert 1988.

Grafiek VI-6

Ontwikkeling prijsindex gebaseerd op consumentenprijzen 1900-1960



Bron: CBS Statline.

Verder was er na de oorlog weer sprake van prijsinflatie (grafiek VI-6). Deze was, mede als gevolg van overheidsmaatregelen (zie hoofdstuk V), weliswaar niet zo hevig als de grote inflatie waarover we al in hoofdstuk III hebben geschreven, maar ze duurde wel langer en kon daardoor op termijn net zo ontwrichtend zijn voor instellingen die daar onvoldoende op hadden geanticipeerd.

In het bedrijfsleven was de interesse voor het vraagstuk van de afschrijvingen gegroeid. Deze belangstelling maakte deel uit van een discussie die veel breder was en eveneens samenhang met de oorlog en de wederopbouwpolitiek.¹ Ook op overheidsniveau werd volop aandacht geschonken aan het onderwerp.

De vraag waar het allemaal om draaide, luidde: moesten prijzen worden vastgesteld op grond van historische kosten of op grond van vervangingswaarde? Lange tijd was het gebruikelijk geweest de prijs van een product vast te stellen door een simpele optelsom van kosten die nodig geweest waren voor de totstandkoming ervan (de historische kosten). Alles wat een onderneming meer bij de afnemer van zijn product in rekening bracht, werd als 'winst' beschouwd.² Volgens de vooroorlogse wetgeving was een onderneming geen belasting verschuldigd over deze 'winst', zolang deze maar in het bedrijf werd gestoken Alleen over uitkeringen aan

¹ Zie o.a. Van der Schroeff 1946 en Cleynert 1948.

² In die zin klopte het dus wel, wanneer gestichten die reserves opbouwden, beschuldigd werden van het maken van winst.

aandeelhouders moest belasting worden betaald.¹

In tijden van prijsstabiliteit - zoals eind negentiende, begin twintigste eeuw - functioneerde dit systeem prima, maar in tijden van prijsstijgingen, zoals aan het einde van de Eerste Wereldoorlog, ontstonden er problemen: er was onvoldoende geld gereserveerd voor vervanging. Limperg onderkende dit en introduceerde begin jaren twintig de ‘vervangingswaardetheorie’.² Deze hield onder meer in dat de prijs van een product niet moest worden vastgesteld aan de hand van de historische kosten, maar van de kostprijzen die golden op het moment waarop het product daadwerkelijk werd verhandeld en de productiefactoren vervangen moesten worden (de vervangingswaarde). Hetzelfde gold voor het berekenen van het afschrijvingspercentage.³ Bedragen die op deze manier werden gereserveerd, waren volgens Limperg geen ‘winst’, maar reserves, die moesten worden aangewend om in inflatoire tijden productiefactoren te vervangen zonder in te teren op het vermogen. Dit was voor de continuïteit van een bedrijf van groot belang.

Toegepast op de verpleegtarieven voor de krankzinnigenverpleging zou dit het volgende betekenen. In het tarief was, zoals bekend, een bedrag opgenomen voor ‘afschrijvingen’ (soms ‘huur’ genoemd) van gebouwen (en soms inventaris). Volgens de methode die uitging van de historische kosten moest dit bedrag gebaseerd zijn op de bouwkosten die bij de stichting (en/of uitbreiding) van de instelling waren gemaakt en eventueel de bedragen die destijds voor de aanschaf van inventarisgoederen waren betaald. De methode die uitging van de vervangingswaarde stelde dat het bedrag moest worden berekend op basis van de kosten voor nieuwbouw en de aanschafprijs die op dat moment gold voor de inventarisgoederen. Dit alles was echter theorie. Baanbrekend, dat wel.⁴ De leer had voor de oorlog een plaats veroverd in de jonge bedrijfseconomische wetenschap en ook in het bedrijfsleven zelf werd er veel over gediscussieerd en werd

¹ De belastingwetgeving was volgens sommigen van grote betekenis voor de snelle industriële ontwikkeling van het Nederlandse bedrijfsleven in de eerste helft van de twintigste eeuw. (Elbers 1957, 93-94.)

² Men spreekt van *vervangingswaardetheorie* zowel als van *vervangingswaardeleer*; de theorie/leer had een beschrijvend én een normatief karakter en dit was één van de kritiekpunten. (Mey 1948.) Mey zelf was overigens een leerling van Limperg. Volgens hem gold deze kritiek eigenlijk de hele bedrijfseconomische wetenschap.

³ Van der Schroeff 1946, 6-13. Zie ook: Van de Poel 1994, 25.

⁴ Zie o.a. Van der Schroeff 1946; De Vries 1985; Van Sloten 1987; Trompert 1988; Van de Poel 1994, 25.

ze hier en daar toegepast.¹ In het inrichtingswezen was ze nog nauwelijks doorgedrongen, een enkele uitzondering daargelaten.²

Na de oorlog veranderde dit. Katalysator hiervan was de overheid. Al in 1940 was de belastingwetgeving veranderd en werd in het bedrijfsleven *alle* winst belast, dus ook bedragen die door de bedrijven werden gereserveerd.³ Direct na de oorlog had de overheid - in een poging de inflatie te beteugelen - via de Prijzenbeschikking bedrijven verplicht huurprijzen en daarop gebaseerde kostprijsfactoren (rente en afschrijvingen), te bevriezen op het vooroorlogse peil, en aldus min of meer de historische kostprijs in ere te herstellen. Het ziekenhuiswezen (inclusief de inrichtingen) viel ook onder deze regeling. Hierdoor kwam een discussie op gang.⁴

Vervangingswaarde in de tarieven?

In september 1948 kregen de particuliere ziekenhuizen en verpleeginrichtingen een bericht van de Directeur-Generaal van de Prijzen dat zij voortaan een bedrag van 50 cent per patiënt per dag mocht incalculeren als reservering voor een vernieuwingsfonds.⁵ Dat was verhoudingsgewijs een groot bedrag.⁶ Voor Wolfheze zou het bijvoorbeeld om ruim 14 procent van de kosten per verpleegdag gaan.⁷ Afschrijven op basis van het vooroorlogse prijspeil was voor inrichtingen die 'afschrijvingen' niet eens als serieuze kostenpost beschouwden, al een stap vooruit. De nieuwe regeling - een compromis - ging nog een reuzenstap verder: bijna zover als afschrijven op basis van vervangingswaarde.⁸ De toenmalige minister van Economische Zaken, J.R.M. van den Brink (KVP), zei bij de invoering ervan: 'Ik ben overtuigd, dat met genoemde maatregel binnen het kader der huidige mogelijkheden op redelijke wijze aan het beginsel der vervangingswaarde is tegemoetgekomen.'⁹

¹ Van den Noort 1988, 477. De aarzeling van het bedrijfsleven had te maken met het feit dat de leer in inflatoire tijden tot veel lagere winsten leidde. Daarom stond ook de belastingdienst er afwijzend tegenover.

² J.A. Valk, de administrateur van Endegeest, publiceerde er in 1939 een artikel over. (Valk 1939)

³ Elbers 1957, 94.

⁴ Van Aalst 1948, 226. Andere bijdragen waren onder meer: Van Aalst 1946a, Van Aalst 1946b, Vermeulen 1947, Cleyndert 1948, Van den Boogert 1947, Regoort 1950, De Kievit et al. 1952,

⁵ Ministerie van Economische Zaken 1949a; ibidem 1949b; De Vaal 1955b, 259; Machiels 1968, 72.

⁶ De Prijzenbeschikking Psychiatrische Inrichtingen van 1949 bepaalde dat de tarieven dat jaar in totaal niet meer dan 60 cent per verpleegdag mochten stijgen (Ministerie van Economische Zaken 1949b).

⁷ VCV s.a. [1950].

⁸ Zo werd het ook geformuleerd in de notulen van de vergadering van het Algemeen Bestuur van de VCV. HDCNP 501 inv. nr. 35, Notulen Algemeen Bestuur VCV, 28 september 1951.

⁹ Geciteerd bij Machiels 1968, 71.

De regeling leidde tot commotie in het 'veld'. We nemen als voorbeeld de VCV. In reactie op de nieuwe regeling had penningmeester H. Bos in zijn conceptbegroting voor 1950 de afschrijvingen op basis van vervangingswaarde geïntroduceerd. Zijn argument luidde dat de hogere afschrijvingen nodig waren om het bestaande gebouwenbezit op peil te houden. De vereniging moest economisch gezond blijven en dat kon alleen maar als er 'economisch juiste' verpleegtarieven werden gerekend. Het ging om een verdriedubbeling van de post voor afschrijvingen; de verpleegtarieven zouden hierdoor flink stijgen. Dit stuitte een van de bestuurders, W.A.J. de Winkel, die tevens lid was van het stichtingsbestuur van Wolfheze, tegen de borst. In felle bewoordingen maakte De Winkel duidelijk dat de vereniging zo 'een reusachtige spaarpot' creëerde met geld dat aan de patiënt ten goede moest komen. Hij stemde als enige tegen de begroting.¹ De provincie Gelderland, een van de belangrijkste onderhandelingspartners van de VCV inzake de tarieven, wees de nieuwe koers nadrukkelijk van de hand. Daarop wendde het VCV-bestuur zich tot enkele andere particuliere (confessionele) inrichtingen om gezamenlijk in overleg te treden met de provincies. In het achterhoofd speelde de gedachte dat juist voor de particuliere inrichtingen afschrijving op basis van vervangingswaarde een levenskwestie was (wij komen hier nog op terug).² Het bleek al snel dat Groningen, Friesland, Drenthe en Zuid-Holland beduidend minder negatief waren.³ Uiteindelijk rolde er een compromis uit: voor een periode van vijf jaar mochten de particuliere inrichtingen 15 cent per verpleegdag voor extra-afschrijvingen verrekenen in de tarieven. Dit was beduidend minder dan Bos voor ogen had (hij noemde het 'beslist onvoldoende'), maar de particuliere inrichtingen waren ermee akkoord gegaan vanuit de gedachte dat daarmee 'het interprovinciale front' tegen de vervangingswaarde kon worden 'doorbroken': als eenmaal gebleken was dat het beginsel deugde, zou het over vijf jaar gemakkelijker zijn van 15 naar 25 cent te gaan.⁴ Tot ieders grote verassing kwam de provincie Gelderland, aanvankelijk de felste tegenstander, als eerste over de brug met een fiat voor de nieuwe tarieven.⁵ In de exploitatie van Wolfheze, een van de inrichtingen van de VCV, zien we dan ook rond deze tijd een nieuwe post 'vernieuwingsfonds' opduiken. Deze bedroeg ruim f40.000,-, oftewel

¹ HDCNP 501 inv. nr. 23, Notulen Centraal Bestuur VCV, 20 januari 1950.

² HDCNP 501 inv. nr. 23, Notulen Centraal Bestuur VCV, 15 september 1950. Zie ook: De Viester s.a. [1958], 87. Ook rooms-katholieke inrichtingen namen aan dit overleg deel.

³ HDCNP 501 inv. nr. 23, Notulen Centraal Bestuur VCV, 13 januari 1951.

⁴ HDCNP 501 inv. nr. 23, Notulen Centraal Bestuur VCV, 29 juni 1951.

⁵ HDCNP 501 inv. nr. 23, Notulen Centraal Bestuur VCV, 27 september 1951. De provincie bleef overigens tegenstander van het afschrijven op basis van vervangingswaarde. (HDCNP 501 inv. nr. 24, Notulen Centraal Bestuur VCV, 27 juli 1956.)

rond de 15 cent per verpleegdag.¹ De andere provincies talmden.² Een jaar later (1952) werden de beperkingen voor de inrichtingen die samenhangen met de Prijzenbeschikking, opgeheven. Voor de VCV veranderde er weinig: men zat nog vier jaar vast aan de afspraak van 15 cent per verpleegdag voor extra-afschrijvingen. Begin 1956 werd echter het debat over de vervangingswaarde heropend. De naoorlogse bevolkingsgroei maakte de zaak urgent: in het bestuur leefde de gedachte dat er al snel uitbreiding nodig zou zijn en daarvoor moest op een of andere manier geld gereserveerd worden.³

Deze keer was het penningmeester T. de Jong die de vervangingswaarde verdedigde. Hij ging nog een stapje verder dan zijn voorganger Bos. Elke patiënt kon er aanspraak op maken dat gebouwen, inventaris en apparatuur *up-to-date* waren, volgens de eisen die wetenschap en praktijk op dat moment stelden aan een goede behandeling. Dat betekende dat bij beëindiging van een verpleegcontract alles weer gebruiksklaar en in dezelfde conditie moest zijn voor het volgende contract. De voorzieningen moesten voldoen aan de eisen van de tijd, ook als die waren veranderd door voortschrijdend inzicht. Daarvoor moest een geldpot ter beschikking staan, die via de tarieven gevuld moest worden. De vraag hoeveel gebouwen, inventaris of apparatuur destijds bij de aanschaf gekost had (de historische kosten), was daarbij niet van belang. Alleen de vraag welke eisen er *vandaag de dag* werden gesteld aan een goede behandeling, telde. Hieruit vloeide voort dat de afschrijvingen tegen vervangingswaarde moesten worden berekend. Als werd uitgegaan van de historische kosten, zou de VCV na afloop van een verplegingscontract geen geld meer hebben om de voorzieningen te moderniseren.⁴

Ook De Jong, die hiermee heel mooi liet zien hoe de gedachtegang van Limperg toegepast kon worden op de gezondheidszorg, kreeg niet zijn zin; de vervangingswaarde werd in de VCV-contracten niet het uitgangspunt. Er volgde een nieuw compromis tussen de provincies en de particuliere inrichtingen, voor een bedrag van 25 cent per verpleegdag tussen 1958 en 1962.⁵ Hieraan was een langdurig conflict voorafgegaan, met in de hoofdrollen de provincie Zuid-Holland en de VCV-inrichting Bloemendaal te Loosduinen.⁶ Het conflict draaide om de vraag in hoeverre de afschrijvingen van de nieuwe (moderne en vooral dure) gebouwen die met

¹ VCV s.a. [1952-1957].

² HDCNP 501 inv. nr. 23, Notulen Centraal Bestuur VCV, 27 september 1951. Wanneer zij hun fiat gaven, is niet bekend.

³ HDCNP 501 inv. nr. 23, Notulen Centraal Bestuur VCV, 13 januari 1956 en 28 maart 1956.

⁴ HDCNP 501 inv. nr. 24, Notulen Centraal Bestuur VCV, 27 juli 1956.

⁵ Viester s.a. [1958], 88.

⁶ Het Centraal Bestuur van de VCV was er uiteraard ook bij betrokken.

herstelgelden van de overheid tot stand waren gekomen, in de tarieven mochten worden verrekend. Het voert te ver hier op deze kwestie in te gaan, maar het geschil leidde uiteindelijk na vijf jaar tot arbitrage. De provincie werd in het gelijk gesteld, maar er rolde toch een compromis uit: de extra-afschrijving van 25 cent per verpleegdag. Dit gold tevens voor de andere VCV-inrichtingen (met name Wolfheze) en de andere particuliere inrichtingen (met name St. Anna en St. Servatius) en de regeling werd via het Interprovinciaal Overleg ook door de andere provincies overgenomen.¹

Betekenis van de vervangingswaarde voor de psychiatrische inrichtingen

De discussie over de manier waarop de afschrijvingen berekend moesten worden, laat zien dat gestichtbestuurders en -administrateurs intussen verder keken dan de historische en bestaande zorgpraktijk. Het idee was ontstaan dat er geld gereserveerd moest en kon worden voor uitbreiding in kwantitatieve, maar ook in kwalitatieve zin. Hierdoor werd een klimaat geschapen waarin verbeteringen en vernieuwingen niet meer met bezuinigingsargumenten hoefden te worden omkleed, zoals in de jaren dertig bijvoorbeeld gebeurde met de sociale psychiatrie (zie hoofdstuk IV). Vernieuwing kon een doel op zich worden. In 1956 formuleerde toenmalig inspecteur J.E. Dolk het aldus:

De tijd is voorbij, dat in psychiatrische inrichtingen gestreefd werd naar een zo laag mogelijke verpleegprijs. De belangen van de patiënten konden niet voldoende behartigd worden. Men gaat tegenwoordig uit van een ander standpunt: wat is nodig in het belang van de zieke mens?²

De vraag blijft: waarom waren juist de particuliere (confessionele) instellingen er zo op gebrand om de vervangingswaardeleer te kunnen toepassen? Deze discussie speelde namelijk helemaal niet - of nauwelijks - in de overheidsinstellingen. Dit heeft te maken met het feit dat particuliere instellingen procentueel veel meer geld kwijt waren aan afschrijvingen dan overheidsinstellingen. Enerzijds kwam dit door de lage personeelslasten bij particuliere instellingen. In de katholieke instellingen werkten veel (goedkope) religieuzen, maar ook de salarissen in de VCV-inrichtingen

¹ HDCNP 501 inv. nr. 50, Dossier 'Arbitrage met de provincie Zuid-Holland'. Dat de provincie in het gelijk gesteld werd, had veel te maken met het feit dat de VCV de relatie met de provincie niet verder op het spel wilde zetten. Aardig is te vermelden dat de arbiters – afkomstig uit juridische en (bedrijfs-)economische hoek – afzagen van bezoldiging voor hun werkzaamheden, waardoor de proceskosten voor de VCV nog enigszins binnen de perken bleven.

² Dolk 1956, 205.

waren relatief laag. Anderzijds kwam dit doordat overheidsinstellingen weinig reserves hoefden op te bouwen, omdat zij onderdeel uitmaakten van de exploitatie van de gemeente of provincie en dus veel gemakkelijker aan geld voor renovatie en nieuwbouw konden komen. Ook voor semipublieke instellingen gold dat zij het in dat opzicht gemakkelijker hadden. De percentages die voor afschrijvingen en eventuele vernieuwingsfondsen op de exploitatierekening werden geplaatst, zijn dan ook beduidend lager in overheidsinstellingen en semipublieke inrichtingen dan in de particuliere sector. Het voert te ver hier dieper op in te gaan.¹

Maar er was nog een andere kant. Dezelfde vraag werd door de administrateur van het katholieke St. Ignatiusziekenhuis in Breda, F.J. van Aalst, al in 1948 gesteld in zijn pleidooi voor de toepassing van de vervangingswaarde in ziekenhuizen, en meteen ook beantwoord. Hij schreef:

Als straks onze ziekenhuizen zijn uitgeput [door het niet verdisconteren van de vervangingswaarde, CB] zal een beroep *moeten* plaatshebben op de overheid, particuliere bedragen kunnen het onmogelijk meer redden. Een beroep op de Overheid brengt noodzakelijk staatsbemoeiing en contrôle met zich en geleidelijk aan wordt het particulier initiatief gedood en zal ook het particuliere ziekenhuiswezen gaan verdwijnen. Dit zou niet alleen jammer zijn, maar het zou weer een van de grondslagen wegdrücken van ons Nederlands karakter *en het zou het ziekenhuiswezen bovendien veel en veel duurder maken*.²

Oftewel: particuliere instellingen die de vervangingswaardeleer niet als uitgangspunt namen bij hun kostprijsberekeningen, zouden vroeger of later het loodje leggen, of bij de overheid moeten aankloppen om meer steun, hetgeen in de ogen van de auteur leidde tot afhankelijkheid van de overheid. En daar waren de particuliere instellingen vanzelfsprekend niet happig op. Dezelfde gedachtegang - die dus ook op het inrichtingswezen van toepassing was - komt men bij andere katholieke auteurs tegen, maar bijvoorbeeld ook in de bestuursnotulen en correspondentie van de gereformeerde VCV.³ Het streven naar continuïteit in de bedrijfsvoering - ook in de ogen van de maatschappelijk geëngageerde Limperg een groot goed

¹ Zie voor een gedetailleerde uiteenzetting voor de verschillende manieren waarop in de jaren vijftig overheidsdiensten, semi-overheidsdiensten en niet-overheidsdiensten reserves konden creëren: Elbers 1957.

² Van Aalst 1948, 226. Cursivering origineel.

³ Zie bijvoorbeeld HDCNP 501 inv. nr. 23, Notulen Centraal Bestuur VCV, 15 september 1950 en 13 januari 1951; inv. nr. 50, Dossier 'Arbitrage met de provincie Zuid-Holland', diverse stukken. (De kwestie die tot arbitrage leidde - zie verderop in dit hoofdstuk - had dit als achtergrond.)

- was voor de confessionele bestuurders een plicht.¹ De vervangingswaardeleer gaf ze een instrument daarvoor in handen. Overigens stond het idee dat een inrichting op deze manier als een bedrijf werd benaderd, op gespannen voet met de gedachte dat de inrichting als instelling van liefdadigheid moest worden beschouwd.

Onbedoeld effect van dit alles was, dat de katholieken openlijker erkenning vroegen voor het feit dat zij in de loop der jaren een grote bijdrage hadden geleverd aan de ontwikkeling van de gezondheidszorg, doordat ze er een reusachtig kapitaal in gestoken hadden. Dit was mede mogelijk geweest doordat men al die jaren gebruik had kunnen maken van de diensten van congregaties, die het verplegende werk voor een appel en een ei verrichtten.² Zo zou men ook het cursief geplaatste zinsdeel aan het einde van het lange citaat van Van Aalst kunnen interpreteren.

Het probleem van de vervangingswaardeleer werd uiteindelijk niet helemaal opgelost. In 1959 verliet het Ministerie van Economische Zaken het pad richting vervangingswaarde. Om verdere tariefstijgingen in de gezondheidszorg tegen te gaan had Economische Zaken besloten dat al te grote verruiming van de liquiditeit aan banden moest worden gelegd om de ziekenhuizen tot grotere efficiëntie aan te sporen. Extra geld voor vervanging mocht niet langer in de tarieven worden verrekend. Tariefstijgingen in de gezondheidszorg hadden namelijk via de druk op de sociale lasten ook effect op de loonkosten in andere bedrijfstakken en dit wilde de Minister vermijden. Er was een alternatief: net als de (semi-)publieke instellingen konden ook de particuliere instellingen via de overheden vrij gemakkelijk aan risicomijdend kapitaal komen voor investeringen.³ De particuliere inrichtingen zaten hier - zoals hierboven uitgelegd - niet op te wachten, maar daar had het Ministerie geen boodschap aan. Met deze maatregel was het laatste woord over de vervangingswaarde echter nog steeds niet gezegd en we komen het onderwerp in hoofdstuk VII dan ook opnieuw tegen.

Gevolgen voor verpleegkosten

Nu de overheid vanaf 1948 en 1952 de gelegenheid bood meer geld voor afschrijvingen en reserveringen in de tarieven te verdisconteren, ontstonden er forse kostprijs- en tariefsstijgingen.

De kosten van een jaar verpleging stegen van ongeveer f700,- aan het einde van de jaren dertig naar rond de f1.700,- begin jaren vijftig (uitgezonderd de Provinciale Ziekenhuizen, waarvan de kostprijzen veel hoger

¹ Voor de opvatting van Limperg hierover zie o.a. Van Sloten 1987 en Trompert 1988.

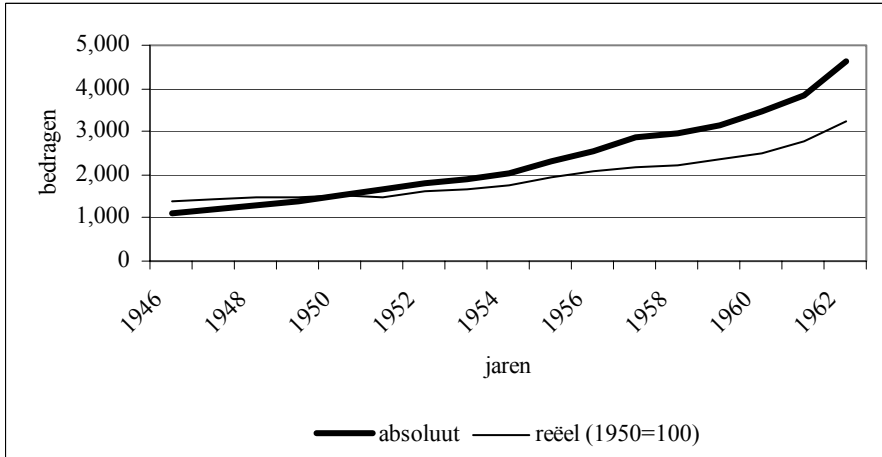
² Van Aalst 1951.

³ Machielsens 1968, 71.

lagen). Afgezet tegen de prijsinflatie lagen de kosten begin jaren vijftig op het niveau van eind jaren dertig. Daarna gingen de kosten echter zeer snel omhoog, zoals ook blijkt uit grafiek VI-7. Vermoedelijk was er sprake van een vliegwieleffect. De financiële armslag die ontstond door het

Grafiek VI-7

Gemiddelde kostprijs per patiënt/per jaar bij VKIN-VPIN aangesloten psychiatrische inrichtingen uitgezonderd de Provinciale Ziekenhuizen Noord-Holland in guldens (1946-1962).



Bron: VKIN s.a. [1947-1955]; VPIN s.a. [1955-1963].

opbouwen van reserves, leidde tot meer investeringen, die weer hogere afschrijvingen tot gevolg hadden, waardoor de financiële armslag nog weer groter werd en weer nieuwe investeringen mogelijk werden met als gevolg nog weer hogere afschrijvingskosten.¹

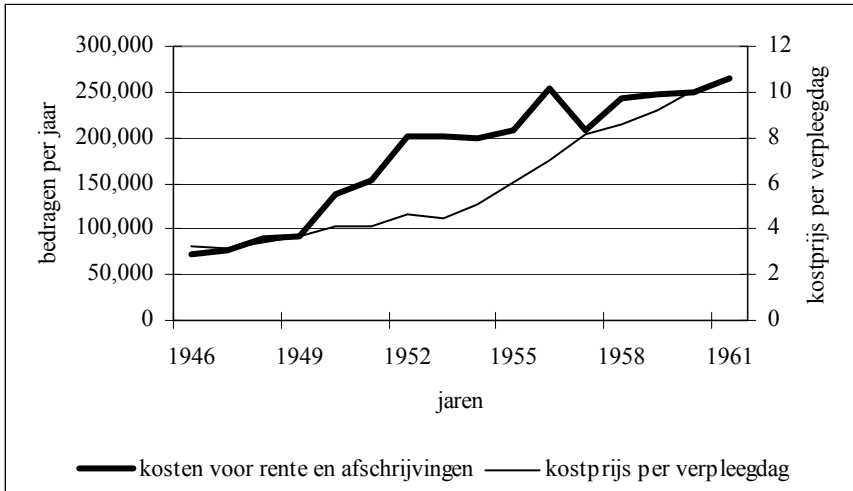
Grafiek VI-8 is gebaseerd op de exploitatie van Wolfheze. De afspraken met de provincies over de extra-afschrijvingen zijn goed te volgen: de jaren 1950 (begin van de afspraken) tot en met 1955 (einde van de afspraken) en 1958 (nieuwe afspraken) vormen omslagpunten.²

¹ Met dank aan Jan van den Noort voor het meedenken over deze kwestie.

² De piek in 1956 is vermoedelijk het gevolg van de komst van de nieuwe penningmeester, die in het eerste ‘afpraakvrije’ jaar een veel hoger bedrag voor het vernieuwingsfonds claimde en tevens de posten ‘huur’ en ‘vernieuwingsfonds’ heeft samengevoegd tot ‘rente en afschrijvingen’.

Grafiek VI-8

Totale kosten per jaar voor rente en afschrijvingen (tot 1950: 'huur'; tussen 1950 en 1955 'huur' en 'vernieuwingsfonds') Wolfheze, afgezet tegen de kostprijs per verpleegdag in guldens (1946-1961)



Bron: VCV s.a. [1948-1964].

De kosten per verpleegdag stegen onder invloed van deze ontwikkeling natuurlijk ook, ofschoon het effect ervan moeilijk is te meten, omdat ook andere kostenposten in deze periode stegen.

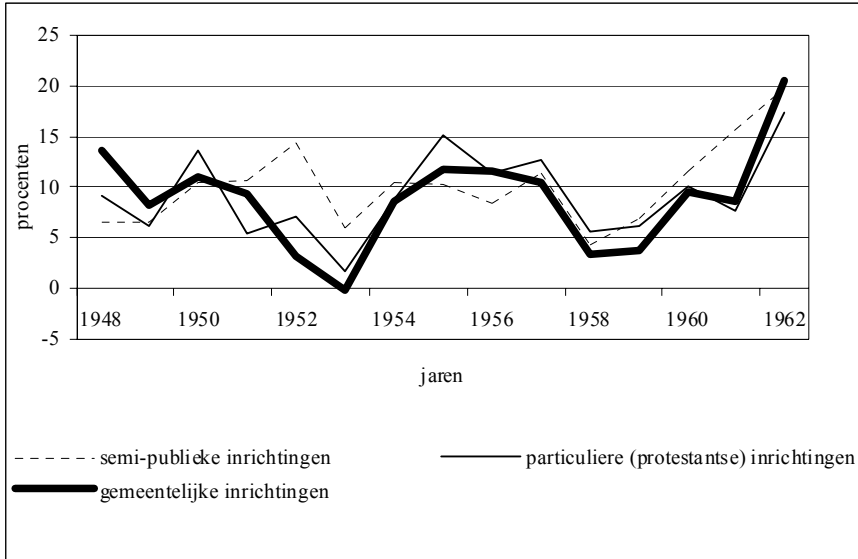
Dit is in grafiek VI-9 zichtbaar gemaakt. Begin jaren vijftig groeiden de verpleegkosten van semipublieke inrichtingen iets harder dan die van particuliere en gemeentelijke inrichtingen. Medio jaren vijftig groeiden de kosten in de (overigens veel goedkopere) particuliere inrichtingen weer iets sneller, daarna springen de kostengroei in de semipublieke instellingen er weer bovenuit. De doorwerking van de afschrijvingspolitiek is hierin enigszins terug te zien in de eerste sprong rond 1953.

Met dit al wordt duidelijk dat de inrichtingen als gevolg van de mogelijkheden het verrekenen van extra-afschrijvingen of reserveringen, voor het opbouwen van een vernieuwingsfonds, of hoe deze posten ook werden genoemd, gelden beschikbaar kregen voor nieuwe dingen. De kosten maakten deel uit van de tarieven en daarmee is dus één verklaring gegeven voor de stijgende lasten in het naoorlogse inrichtingswezen. De kosten werden voor het grootste deel door de gemeenten betaald, want deze waren nog altijd de grootste financiers van de intramurale GGZ.

In hun studie naar de financiering van de geestelijke gezondheidszorg (1955) noemden J. Verduyn en M.J. Kapteijn den Bouwmeester zo'n

Grafiek VI-9

Niet gewogen gemiddelde procentuele groei verpleegkosten van psychiatrische inrichtingen aangesloten bij de VKIN/VPIN** (1948-1962)*



*Aangezien het gaat om een onderlinge vergelijking, hebben we hier geen rekening gehouden met de prijsontwikkeling in de betreffende periode. **Semipublieke inrichtingen: de Willem Arntsz Stichting (Utrecht/Den Dolder), Het Oude en Nieuwe Gasthuis/Het Groot Gaffel (Zutphen/Warnsveld), St. Joris Gasthuis (Delft), Brinkgreven (Deventer), het St. Elisabethgasthuis (Deventer), Groot Bronswijk (Wagenborgen) en Oud-Rosenburg (Loosduinen); particuliere inrichtingen: Veldwijk (Ermelo), Bloemendaal (Loosduinen), Dennenoord (Zuidlaren), Wolfheze (Wolfheze), Vogelenzang (Bennebroek), Vrederust (Bergen op Zoom), Zon en Schild (Amersfoort), Licht en Kracht (Assen) en Hulp en Heil (Leidschendam); gemeentelijke inrichtingen: Franeker (Franeker), Endegeest (Leiden/Oegstgeest) en Maasoord/Deltaziekenhuis (Rotterdam/Poortugaal).
Bron: VKIN s.a. [1948-1955], VPIN s.a. [1956-1963].

twintig oorzaken die tot de kostprijsverhoging hadden geleid, waaronder inflatie, accommodatieverbetering, betere voeding (kwalitatief en kwantitatief), kleding en lichamelijke verzorging, uitbreiding van het aantal verplegenden en van de wetenschappelijke staf, de komst van nieuwe beroepsgroepen, loonronden en ten slotte werktijdverkorting. Door de snellere doorstroming als gevolg van alle verbeteringen in de inrichting, stegen de gemiddelde kosten per verpleegdag eveneens.¹ Over al deze aspecten valt wel iets te zeggen; in de hierna volgende paragrafen komen enkele ervan aan de orde.

¹ Verduyn en Kapteijn den Bouwmeester 1955, 43-49.

§ 3. Meer dan alleen herstel van verwoeste gebouwen

In hoofdstuk V schreven wij dat de psychiatrische inrichtingen flinke oorlogsschade hadden opgelopen. De inrichtingen hadden geleden onder het oorlogsgeweld doordat ze in de vuurlinie lagen, of doordat ze waren ingenomen door de Duitsers. Sommige inrichtingen hadden groepen evacués moeten herbergen en waren daardoor compleet uitgewoond. Of ze waren aan het einde van de oorlog tijdelijk door de geallieerden in gebruik genomen. Alle schade moest op een of andere manier worden weggewerkt. En niet alleen dat, er moest een flinke inhaalslag gemaakt worden, omdat er al sinds de crisis nauwelijks meer iets aan onderhoud gedaan was en er voor vernieuwing al helemaal geen ruimte bestond. ‘Men kan zeggen, en de meningen der deskundigen lopen daaromtrent niet ver uiteen, dat de ontwikkelingsgang der krankzinnigenverpleging minstens 25 jaar is teruggegaan,’ lezen we in het jaarverslag van 1946 van Provinciaal Ziekenhuis Santpoort.¹

Het verschil tussen de inrichtingen was groot. De oorlogs- en bezettingsschade in Santpoort was geraamd op f360.000,-.² De schade in de zwaarst getroffen inrichtingen - Wolfheze, Bloemendaal, St. Anna en St. Servatius - was een veelvoud daarvan. (Zie ook hoofdstuk V.) Hieronder een overzicht van de geleden oorlogsschade van de VCV-inrichtingen:

Tabel IV-2

Overzicht geleden oorlogsschade van de inrichtingen behorende tot de VCV, in hele guldens (1946)

	Bloemendaal	Wolfheze	Dennenoord	Vogelenzang	Veldwijk	totaal
onroerend goed	4.308.000	1.582.000	256.000	238.000	1.000	6.385.000
roerend goed	676.000	1.026.000	201.000	4.000	30.000	1.937.000
terreinen	99.000	52.000		37.000		188.000
totaal	5.083.000	2.660.000	457.000	279.000	31.000	8.510.000

Bron: NA 2.15.40 inv. nr. 574, afschrift brief VCV aan Staatstoezicht, 24 juli 1946.

Hieronder zullen we laten zien wat er in Wolfheze gebeurde aan herstelwerkzaamheden. Het bleek al snel dat er met het geld van de wederopbouw meer mogelijk was dan - laten we zeggen - het opmettelen van kapotgeschoten muren.

Renovatie met geld van de wederopbouw

Op 17 september 1944 was Wolfheze gebombardeerd, een van de vele tragische gebeurtenissen tijdens de strijd om Arnhem. Er waren 84 doden

¹ N.n. s.a. [1947], 19.

² Verbeek 1949, 254.

en vele gewonden gevallen: patiënten, personeel en omwonenden. Daarnaast waren - aldus een relaas in het jaarverslag over 1945 - '[t]alrijke gebouwen en woningen [...] in een puinhoop veranderd, uitgebroken branden konden niet worden geblust'. April 1945 volgde de bevrijding. De rekening werd opgemaakt: één paviljoen was verwoest, vijf paviljoens zwaar beschadigd, drie paviljoens minder beschadigd. Zeven paviljoens hadden lichte of heel lichte schade opgelopen. Het linnenmagazijn, de machinekamer, het gebouw van de 'stille bedrijven' (het arbeidstherapiegebouw), de woning van de machinist en twee artsenwoningen waren verwoest of deels uitgebrand, de kerk was zwaar beschadigd, evenals de woningen van de huismeester, de boekhouder en de huismeesteres.

Het terrein en de meeste gebouwen hadden zwaar geleden; overal lagen afgebroken boomstammen en takken over de wegen, de gebouwen waren zeer gehavend door gaten in muren en daken; de deuren waren veelal uit de gebouwen verwijderd, terwijl in de gebouwen een onbeschrijfelijke chaos werd aange troffen; in 3 paviljoenen, die als stal hadden gediend, lag de mest in de zalen hoog opgestapeld; alles wat er nog was, stond door elkaar en was beschadigd; verreweg het grootste deel van den inventaris was verdwenen.¹

Al in de zomer van 1945 had architect E.J. Rotshuizen een wederopbouwplan klaar en met de restauratie werd meteen begonnen. In de loop van 1946 konden vier gerestaureerde paviljoens weer in gebruik genomen worden en waren drie paviljoens bijna klaar. Ook het hoofdgebouw, de centrale keuken en twee ambtswoningen waren klaar. De restauratie van de overige gebouwen was vertraagd door materiaalschaarste. De rotzooi op het terrein was inmiddels wel opgeruimd en de wegen waren provisorisch opgeknapt. De schade aan de terreinen kon nog niet worden hersteld, maar er kon al wel voor het eerst weer worden geoogst. Voor deze werkzaamheden was tot en met oktober 1946 f650.000,- uitgegeven via de voorschotregeling van het Ministerie van Financiën (zie hoofdstuk V). Daarenboven had Wolfheze nog een bedrag zelf betaald, vermoedelijk uit de pot voor 'onderhoud'.²

¹ VCV s.a. [1947], 97-102.

² VCV s.a. [1948], 126; HDCNP 501, inv. nr. 22, Notulen vergadering Centraal Bestuur VCV, 25 oktober 1946.

In 1948 waren alle nog bestaande gebouwen weer in gebruik. De ‘economiegebouwen’ en een paviljoen ontbraken nog. Dit laatste hield in dat ten behoeve van de linnenkamer, het machinegebouw en het arbeidstherapiegebouw tijdelijk twee gewone paviljoens moesten worden ingericht.¹

Gebruik maken van de gelegenheid

Eigenlijk al vanaf het begin van de restauratiewerkzaamheden kwam bij het Centraal Bestuur van de VCV, dat hierover ging, de gedachte op dat van de gelegenheid gebruik moest worden gemaakt om er iets meer van te maken dan alleen herstel van het beschadigde. In het jaarverslag van 1945, dat geschreven werd in 1947, komen we in dit verband voor het eerst het woord ‘modernisering’ tegen.² Maar al eerder werd tijdens een bestuursvergadering over ‘verbeteringen’ gesproken. Aanvankelijk ging het slechts om enkele technische verbeteringen in drie met name genoemde paviljoens, die voor 1947 op de lijst stonden. Een belangrijk doel hiervan was de ruimtelijke indeling zodanig te veranderen dat er meer overzicht en ruimte ontstond.³ De verbeteringen zouden in totaal f130.000,- kosten. Het was op dat moment echter nog onduidelijk of de benodigde gelden inderdaad zouden komen. De hoofdadministrateur van de VCV stelde zich voorzichtig positief op:

[W]ij ontvangen wel voorschotten, doch kunnen altijd genoopt worden deze later geheel of gedeeltelijk terug te betalen. Het is dus wel zaak zoo groot mogelijke zuinigheid te betrachten. Aan dezen eisch wordt echter niet tekort gedaan, wanneer tot de door de Bouwcommissie voorgestelde verbeteringen wordt overgegaan. Deze verbeteringen zijn alle noodig en het zoude zonde en jammer zijn, indien zij niet tot stand zouden worden gebracht.⁴

Bij het Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid vond de VCV gehoor voor de verbouwingsplannen. Het departement ging er zonder problemen mee akkoord.⁵

Een jaar later kwam iets vergelijkbaars aan de orde. Een paviljoen had

¹ VCV s.a. [1950], 120.

² VCV s.a. [1947], 163.

³ HDCNP 501 inv. nr. 57, Memorie van toelichting bij de restauratietekeningen van het paviljoen “Lindenhof” en Memorie van toelichting bij de restauratie en veranderingen van het paviljoen “Schoonoord”, Bijlagen bij brief Ministerie van Sociale Zaken, 23 september 1947, beide gesigneerd door de Secretaris-Generaal, A.A. vn Rhijn.

⁴ HDCNP 501, inv. nr. 22, Notulen vergadering Centraal Bestuur VCV, 25 oktober 1946.

⁵ HDCNP 501, inv. nr. 57, Brief Ministerie van Sociale Zaken aan Centraal Bestuur VCV, 23 september 1947.

voor een bedrag van f36.400,- schade opgelopen en de vraag kwam ter sprake of er niet nog een bedrag van f51.600,- kon worden bijgepast uit de reserves van de VCV om meteen een nieuwe verwarmingsinstallatie te plaatsen. Het argument was opnieuw: ‘Het is gewenst, van de gelegenheid, dat het paviljoen toch moet worden hersteld, gebruik te maken voor het aanbrengen van verschillende verbeteringen.’¹

De verbeteringen werden opgemerkt door W.M. van der Scheer, die als adviseur van het Staatstoezicht begin 1950 een bezoek bracht aan Wolfheze. Van der Scheer, die zoals we weten (hoofdstuk IV) bekend stond als de grondlegger van de actievare therapie in Nederland, was kort na de oorlog door het Staatstoezicht op pad gestuurd om alle inrichtingen te visiteren aan de hand van de vraag hoe het gesteld was met de actievare therapie. Hij schreef in zijn verslag:

De inrichting heeft midden in het oorlogsgebeuren gelegen, en er was na de oorlog geen enkel paviljoen onbeschadigd. Ik zag de foto's van de vele verwoestingen, en moet de snelheid bewonderen waarin de verschillende paviljoens niet alleen zijn hersteld, doch in vergelijking tot vroeger zijn verbeterd!²

Zijn oog viel niet alleen op een mooi betegelde gang, maar ook op ‘zeer mooie en ruime, helder verlichte bedzalen, [met] goede Aupingbedden’.³ Inmiddels werd een begin gemaakt met de herbouw van de verwoeste paviljoens en dokterswoningen.⁴ Het was nu ook duidelijk hoeveel geld er precies door de overheid ter beschikking gesteld zou worden. De Financieringsregeling bepaalde dat een getroffen inrichting jaarlijks een bijdrage kon ontvangen voor herbouw. De vergoeding zou gebeuren op basis van vervanging, maar vernieuwing was ook mogelijk. Daarvoor moest de instelling een eigen bijdrage van 25 procent betalen. Deze regeling was ‘bijzonder gunstig’, vond het bestuur van de VCV.⁵ Zolang echter nog niet bekend was welke kosten als ‘vernieuwing’ werden beschouwd, boekte de VCV alle vernieuwingskosten voorlopig op de kapitaalrekening.⁶

¹ HDCNP 501, inv. nr. 22, Notulen vergadering Centraal Bestuur VCV, 25 juli 1947.

² NA 2.15.40 inv. nr. 1349, Verslag van de bijzonder adviseur, prof. dr W.M. van der Scheer van zijn bezoek aan de psychiatrische inrichting Wolfheze, 22 februari 1950, 1.

³ NA 2.15.40 inv. nr. 1349, Verslag van de bijzonder adviseur, prof. dr W.M. van der Scheer van zijn bezoek aan de psychiatrische inrichting Wolfheze, 22 februari 1950, 1.

⁴ VCV s.a. [1952], 119.

⁵ HDCNP 501, inv. nr. 23, Notulen vergadering Centraal Bestuur VCV, 30 juni 1950.

⁶ HDCNP 501, inv. nr. 23, Notulen vergadering Centraal Bestuur VCV, 26 oktober 1951.

Zoals bekend moest voor het indienen van renovatieplannen toestemming komen via het Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid. W.K. van Oppen, hoofd van de Afdeling Bijzondere Gebouwen van het Ministerie van Wederopbouw en Volkshuisvesting, had een achtstappenplan opgesteld voor de bureaucratische gang van zaken voordat een bouwvergunning werd verleend en de rijksfinanciering was geregeld. Uitgangspunt moest zijn ‘met zo gering mogelijke middelen een aanvaardbare oplossing te vinden’ voor de geleden schade.¹ Het stappenplan leidde langs het Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid, het Ministerie van Wederopbouw en Volkshuisvesting, de Inspectie, de gemeente en de provincie en langs verschillende commissies en subcommissies die allemaal de plannen bekeken op hun medische, bedrijfseconomische, financiële en technische kwaliteiten en die beoordeelden of de plannen pasten in het algemeen landelijk plan van Sociale Zaken en Volkshuisvesting. (Zie ook hoofdstuk V.)

Een belangrijke rol was bij dit alles weggelegd voor de Inspectie. De inspecteurs waren betrokken bij de beoordeling van de plannen die werden ingediend. Soberheid en efficiëntie waren de uitgangspunten en de VCV nam dit standpunt over. De achterliggende gedachte hierbij was de vrees van de bestuurders voor het verlies van de zelfstandigheid. In de notulen van de Algemene Bestuursvergadering lezen wij:

[B]ij de projecten voor de nieuwe paviljoenen, zowel voor Bloemendaal als voor Wolfheze, [werd] gestreefd [...] naar soberheid en efficiëntie. Het gevolg is geweest, dat deze projecten [...] vrijwel zonder wijziging door de Inspectie en het Departement van Wederopbouw [werden] aanvaard.²

Moderniseren in verband met de heropvoedingstherapie

Een belangrijk kenmerk van het wederopbouwplan van Wolfheze was de grote aandacht die er in de plannen voor de actievere therapie - hier ‘heropvoedingstherapie’ genoemd - werd ingeruimd. Niet alleen de nieuwbouw, maar ook de renovatie- en onderhoudswerkzaamheden, die na de ingebruikname van de herstelde paviljoens gewoon doorgingen, kwamen in het teken te staan van de heropvoedingstherapie.³ In het jaarverslag van 1952 lezen we:

¹ Van Oppen 1949, 78.

² HDCNP 501 inv. nr. 35, Notulen Algemeen Bestuur VCV 25 januari 1952.

³ De Bouwcommissie werd nadrukkelijk betrokken bij de nieuwe koers die Wolfheze ging varen. (NA 2.15.40 inv. nr. 1376, 5^e Rapport betreffende heropvoeding, juni 1951.)

In het algemeen werd de heropbouw der inrichting voortgezet door de uitbouw van de organisatie der heropvoedingstherapie onder de speciale leiding van één der geneesheren in samenwerking met het andere geneeskundig, verplegend, administratief, huishoudelijk en technisch personeel.¹

De motor hierachter was de jonge geneesheer H. van der Drift. Hij was door het bestuur van de VCV benoemd tot coördinator van de heropvoedingstherapie; de term ‘heropvoedingstherapie’ werd ook door hem geïntroduceerd. De bijzondere taak had Van der Drift te danken aan de kritiek die Van der Scheer bij zijn eerste bezoek aan Wolfheze in 1950 had geuit op de toepassing van de actievare therapie in de inrichting. Het bestuur vond het belangrijk dat hier iets aan werd gedaan. Dit paste geheel in het straatje van de gereformeerde vereniging: ‘Immers is deze therapie er op uit het beeld Gods in de mens weer beter te laten uitkomen.’² Van der Drift werd dan ook al snel – overigens tot ergernis van de geneesheer-directeurs van de VCV-inrichtingen – door het bestuur gevraagd bij de andere inrichtingen op te treden als ambassadeur van de ‘nieuwe’ benadering.³

Van der Drift zette zich met verve aan zijn taak. De arbeidstherapie - het belangrijkste onderdeel van de actievare therapie, zie hoofdstuk IV - was in Wolfheze voor de oorlog wel tot ontwikkeling gekomen, maar Van der Drift meende dat daarbij het wezen van de therapie zoals Simon had bedoeld (en Van der Scheer met hem had gepropageerd) ontbrak. Hij breidde de arbeidstherapie uit en voegde er speltherapie en bewegingstherapie aan toe. Het opvoeren van verantwoordelijkheidsgevoel en gemeenschapsgevoel ging daarbij integraal deel uitmaken van zijn benadering. Alles stond in het teken van het (opnieuw) inpassen van het individu in de gemeenschap en de heropvoeding van de patiënt was hierbij het belangrijkste middel. De arbeidstherapie als onderdeel hiervan was nu geen doel op zich meer, maar een middel om dit mede te bewerkstelligen.⁴ Zó had Van der Scheer het ook bedoeld. (Zie hoofdstuk IV.)

In 1953 werd Van der Drift benoemd tot geneesheer-directeur van Wolfheze. Onder zijn leiding veranderde Wolfheze in een instelling waar de

¹ VCV s.a. [1954], 131.

² HDCNP 501 inv. nr. 23, Notulen Centraal Bestuur, 30 november 1951.

³ Van der Drift had een aanbieding gekregen om geneesheer-directeur van de WA-Stichting te worden en om hem voor de vereniging te behouden, werd voor hem deze speciale functie gecreëerd. De geneesheer-directeurs vonden deze externe inmenging in de gang van zaken ongewenst. (HDCNP 501 inv. nr. 55, Notulen commissievergadering van bijstand met de geneesheren-directeur, 16 januari 1952.)

⁴ Vijselaar 2007, 198.

heropvoedingstherapie het dagelijkse leven in de inrichting beheerste. Al in 1951 had Van der Drift voor het Algemeen Bestuur een pleidooi gehouden om bepaalde onderdelen van de heropvoedingstherapie in één gebouw te centraliseren.¹ Eind 1953 was het gebouw voor de arbeidstherapie klaar, alleen was het nu niet meer enkel een gebouw voor de ‘stille bedrijven’, maar ook voor bewegingstherapie en ontspanning.² In de jaren die volgden werd er expliciet naar gestreefd de gebouwen die nog - of inmiddels wéér - opgeknapt moesten worden

zoveel mogelijk te moderniseren, dit in verband met de nieuwe eisen, welke gesteld worden aan de verblijven van geesteszieken, vooral wat betreft kleur en vorm, ook in het meubilair.³

Die nieuwe eisen werden gedictieerd door de visie van Van der Drift. Overall werden voorzieningen gecreëerd voor de actievare therapie, ook buiten de paviljoens, bijvoorbeeld in een in onbruik geraakte kolenloods.⁴ Maar Van der Drift ging nog verder. De hele inrichting moest met de ‘heropvoedingsgedachte’ worden doordrenkt. Hij introduceerde daartoe het gemengd verplegen en een vorm van ‘zelfbestuur’ door middel van ‘zaalraden’, maatregelen die hij samenbracht onder de noemer ‘sociotherapie’.⁵

De benadering van Van der Drift sloot zoals gezegd aan bij het gedachtegoed van Van der Scheer. Deze was dan ook tevreden, zo blijkt uit de verslagen van zijn bezoeken tussen 1950 en 1954, waarin hij keer op keer gewag maakte van ‘vooruitgang’ op het gebied van de heropvoedingstherapie.⁶ Van de bezoeken van Van der Scheer ging overigens een grote stimulans uit.⁷

De structuur van de inrichting werkte echter niet helemaal mee om de doelen die Van der Drift met de patiënten had – het bevorderen van de zelfontplooiing, het versterken van het verantwoordelijkheidsgevoel en de gemeenschapszin – te bereiken.⁸ Het feit dat patiënten wat betreft hun diagnose dooreen waren gehuisvest, was bijvoorbeeld niet erg bevorderlijk. ‘Om de verschillende therapieën te vergemakkelijken en beter tot hun recht te doen komen, werd het noodzakelijk geacht de patienten te segre-

¹ Van der Drift s.a. [1953].

² VCV s.a. [1955], 154-155, VCV s.a. [1956], 157.

³ VCV s.a. [1958], 136, VCV s.a. [1959], 159.

⁴ VCV s.a. [1958], 136, VCV s.a. [1959], 159.

⁵ Vijselaar 2007, 204.

⁶ NA 2.15.40 inv. nr. 1376, Verslagen van de bijzonder adviseur, prof. dr W.M. van der Scheer van zijn bezoeken aan de psychiatrische inrichting Wolfheze, Wolfheze, 1950-1954.

⁷ VCV s.a. [1952], 140.

⁸ Vijselaar 2007, 211.

geren', lezen wij in het jaarverslag van 1957. De - voorlopige - oplossing werd gevonden door oudere patiënten en verstandelijk gehandicapten in aparte paviljoens onder te brengen.¹

Ook de bouw van de inrichting werkte belemmerend voor de heropvoedingstherapie. Grote paviljoens, grote holle zalen en grote groepen patiënten vormden niet de meest geschikte omgeving. Gaandeweg ontwikkelde Van der Drift plannen om te gaan werken met kleinere groepen patiënten en een huiselijker sfeer te creëren. In 1958 werd besloten tot de sloop van een paviljoen (Woudeinde), om hiervoor in de plaats zes dubbele woningen voor elk twaalf patiënten te bouwen, met een medisch centrum erbij.² Het Socio Therapeutisch Centrum, zoals het werd genoemd, was in 1961 klaar en een novum in de Nederlandse psychiatrie. Het was volgens Vijseelaar het eerste voorbeeld van kleinschalig, zelfstandig wonen van psychiatrische patiënten.³

De actievere therapie als kwaliteitskeurmerk

Dat juist Van der Scheer zo enthousiast was over het ideeëngoed en het werk van Van der Drift kan gezien worden als een kwaliteitskeurmerk van hogere orde. Hij was immers zelf op pad gestuurd namens de Inspectie en genoot in de hele inrichtingswereld nog altijd een groot gezag.

En zo komen we vanzelf bij de rol van de overheid terecht. Aan de heropvoedingstherapie waren weliswaar extra kosten verbonden, maar dit ging om kleine bedragen. In 1962 werd per verpleegdag zes keer zoveel geld uitgegeven aan arbeidstherapie, onderwijs en ontspanning als in 1946. Uitgedrukt in reële bedragen ging het om een verdrievoudiging. Dit lijkt heel wat, maar afgezet tegen de totale kosten van de verpleging in deze periode, ging het telkens maar om een procent of anderhalf, twee, met een kleine uitschieter in 1952, het jaar waarin Van der Drift zijn taak aanvaardde.⁴ In dat jaar werd per verpleegdag (incidenteel) twee keer zoveel aan deze kostenpost uitgegeven als in het jaar ervoor.⁵

De werkelijke kostenstijging moet dan ook niet worden gezocht in de therapie zelf, maar in de bouwkundige aanpassingen die ervoor nodig waren. Deze werden financieel mogelijk doordat er met toestemming van de rijksoverheid en na onderhandelingen met de provincies vernieuwings-

¹ VCV s.a. [1956], 126.

² VCV s.a. [1960], 196.

³ Vijseelaar 2007, 214.

⁴ VCV s.a. [1948-1964].

⁵ Een oorzaak van de verdubbeling kan de aanschaf van een auto zijn geweest. Deze had Van der Drift nodig om werkbezoeken te kunnen afleggen bij potentiële opdrachtgevers voor de arbeidstherapie, en om de andere gestichten te bezoeken, 'teneinde zich op de hoogte te houden van hetgeen daar geschiedt'. (HDCNP 501 inv. nr. 55, Notulen commissievergadering van bijstand met de geneesheren-directeur, 13 juni 1952.)

fondsen waren aangelegd waaruit al deze mooie nieuwe voorzieningen konden worden betaald (zie paragraaf 1). De provincie Gelderland had overigens al eerder een geldlening verstrekt (voor de herbouw van een paviljoen toen nog onduidelijk was of en hoeveel de overheid zou gaan bijdragen). De Financieringsregeling Verpleeg- en behandelinrichtingen heeft er vermoedelijk echter het meest aan bijgedragen. Het was immers maar ten dele gelukt de voor vernieuwingen benodigde reserves op te bouwen (eerst $f0,15$ en later $f0,25$ per verpleegdag).

Twee vragen blijven nog over. Vraag één luidt: waarom vonden deze grootschalige bouwkundige vernieuwingen juist in Wolfheze plaats en niet in een van de andere inrichtingen die ook zwaar getroffen waren en dus veel wederopbouwgeden ter beschikking kregen? Het antwoord hierop moet ten dele gezocht worden in de persoon van Van der Drift, maar er speelde ook nog iets anders mee. Bloemendaal was - zoals bekend - verwickeld in een strijd op leven en dood met de provincie Zuid-Holland over de omvang van de post 'huur' (rente en afschrijvingen). Het ligt niet voor de hand dat een instelling onder deze omstandigheden flink gaat uitpakken in de sfeer van nieuwbouw.

De twee andere zwaar getroffen inrichtingen, St. Anna en St. Servatius, werden door congregaties bestuurd en deze stelden voor een deel andere prioriteiten. Ze kozen letterlijk voor herbouw: op de fundamenten van de gebouwen die verloren gegaan waren verzezen opnieuw grote paviljoens in baksteen, volgens het klassieke model; overzichtelijk en geordend.¹

In St. Servatius werd een nieuw gebouw paviljoen bestemd voor de opname van zwakzinnige kinderen, die mede door de enorme woningnood in Limburg het kind van de rekening dreigden te worden.² De aandacht voor de actievare therapie kwam pas in de tweede helft van de jaren vijftig.³ Pas in 1958 werd een nieuw onderkomen voor de arbeidstherapie en de bewegingstherapie gebouwd.⁴

Voor St. Anna gold min of meer hetzelfde.⁵ Hier lag de nadruk vooral op de lichamelijke zieken en op de patiënten in de opname- en observatieafdelingen.⁶ Wel was men in St. Anna ook al vroeg, eigenlijk nog voordat dit in Wolfheze werd gerealiseerd, begonnen met de bouw van kleinschalige

¹ Vriens 2005, 53. Baksteen gold in het interbellum al als hét bouw materiaal van de 'traditionalisten', onder wie ook veel katholieke architecten werden begrepen. (Klein, Smit en Thunnissen 1999, 248; zie ook: Bakker 2002a, 38; Mens 2003, 157.)

² Kroft 2005, 123. Veel gezinnen waren zo erbarmelijk gehuisvest dat de verzorging van verstandelijk gehandicapte kinderen als een onoverkomelijke last werd ervaren. De opname van het gehandicapte kind kon voor verlichting zorgen.

³ Kroft 2005, 132.

⁴ Vriens 2005, 60.

⁵ Vriens 2005, 53.

⁶ Marlet 2005, 338, 339.

wooneenheden op het terrein. Evenals het Socio Therapeutisch Centrum van Wolfheze stonden de ‘huisjes van Veraart’ (naar geneesheer-directeur B.J.M. Veraart), internationaal in de belangstelling.¹ Zij maakten echter geen deel uit van een totaalconcept, zoals bij Wolfheze het geval was. Dat brengt ons naar de tweede vraag: wat was er nu eigenlijk zo nieuw aan de benadering van Van der Drift? Volgens Vijselaar waren ook andere instellingen in de jaren vijftig wel vernieuwend met de toepassing van behandelingen of benaderingen. Er waren ook andere inrichtingen waar de heropvoedingstherapie (onder een andere naam) werd uitgebouwd. Vijselaar noemt onder andere de Leidse universitaire Jelgersmakliniek en de katholieke St. Willibrordusstichting in Heiloo. In de eerste instelling ging het echter uitsluitend om ‘een andere, “makkelijker” categorie patiënten’ en in de tweede was het vermoedelijk niet, zoals in Wolfheze, de bedoeling om de heropvoedingstherapie in de hele inrichting door te voeren. Wolfheze was ‘in sommige opzichten vroeg’, misschien zelfs wel de eerste, maar was vooral ‘een inspiratiebron voor anderen’.² Vijselaar stelt dat veel van wat er in Wolfheze werd bedacht en in de praktijk werd gebracht in de jaren vijftig, vooruit lijkt te wijzen naar ontwikkelingen die in de Nederlandse psychiatrie pas in de jaren zeventig gemeengoed werden.³

§ 4. Largactil®

Medicijnen werden altijd al in de psychiatrie gebruikt. Deze kosten werden meestal in de verpleegtarieven verdisconteerd.⁴ De kosten die in het verstrekkingenpakket van de Ziekenfondsen vielen (behalve om kosten voor medicatie, ging het om tandartskosten en kosten voor huisarts en specialist) werden doorgaans separaat aan de gemeentebesturen in rekening gebracht. Afhankelijk van het arrangement dat een gemeente met de plaatselijke ziekenfondsen had afgesproken, werd de rekening vervolgens door de gemeente weer doorgestuurd naar de ziekenfondsen.⁵ Dit gold uiteraard alleen voor de patiënten die verplicht of vrijwillig waren aangesloten bij een ziekenfonds, na de oorlog was dit ongeveer de helft van de patiënten. Begin jaren vijftig gebeurden er echter verschillende dingen tegelijk, die verandering brachten in de situatie.

¹ Vriens 2005, 56, Marlet 2005, 338. De huisjes heetten officieel Sancta Maria.

² Vijselaar 2007, 207.

³ Vijselaar 2007, 223.

⁴ Verduyn en Kapteijn den Bouwmeester 1955, 104. Deze praktijk werd met de komst van het Ziekenfondsenbesluit nadrukkelijker vastgelegd. (Van der Woord 1952a,275.)

⁵ Hacke 1952. Zie ook: HDCNP 501 inv. nr. 55, Notulen commissievergadering van bijstand met de geneesheren-directeur, 9 juni 1950.

Gedoe rond de ziekenfondsverzekering

In 1950 werd het verstrekkingenpakket van de ziekenfondsverzekering vergroot door gelijkschakeling van psychiatrische inrichtingen met algemene ziekenhuizen. Nu werden ook de eerste 42 opnamedagen in een inrichting vergoed door het ziekenfonds. Kort daarop werd de kring der ziekenfondsverzekerden uitgebreid: ook personen die een uitkering kregen via de Invaliditeitswet of de Noodwet Ouderdomsvoorziening vielen er nu onder. In 1953 werd bij KB besloten opgenomen psychiatrische patiënten weer van deze regeling uit te sluiten, alleen hun meeverzekerde gezinsleden kwamen nog voor vergoeding via de ziekenfondsen in aanmerking.¹

De nieuwe regelingen leverde veel administratieve rompslomp op voor de psychiatrische inrichtingen. De administrateurs hadden handenvol werk aan het uitzoeken bij welke instanties welke kosten verhaald konden worden, terwijl uiteindelijk maar een relatief kleine groep patiënten er iets aan had, ook al was de helft van het aantal patiënten bij opname bij een ziekenfonds verzekerd.² In Santpoort was het aantal volledig voor rekening van een ziekenfonds verpleegde patiënten eind 1951 slechts 8 (op de 1184) en dit aantal bleef tot pakweg 1960 ongeveer hetzelfde.³ Of, om een andere manier van berekenen te hanteren: gemiddeld kwam niet meer dan zo'n 2 procent van de verpleegdagen volledig voor rekening van de ziekenfondsen.⁴ Na de eerste zes weken bleven alleen de verstrekkingen nog over om te verhalen en de verrekening hiervan leverde juist de meeste soesa op.

Om het de administraties van de inrichtingen wat gemakkelijker te maken, zocht de Ziekenfondsraad naar een manier om een uniforme regeling tot stand te brengen voor de betaling van de ziekenfondsverstrekkingen voor de periode ná de eerste 42 opnamedagen. Begin maart 1951 moest de Raad echter erkennen dat men daarin niet was geslaagd. Inrichtingen moesten zelf maar op lokaal niveau afspraken zien te maken met de ziekenfondsen.

Dat was voor veel inrichtingen - vooral de particuliere - geen optie. Terwijl ze met tal van gemeenten te maken konden hebben, zouden ze nu ook nog eens met een veelvoud van lokale ziekenfondsen moeten gaan onderhandelen over allemaal verschillende regelingen. Dat was geen aantrekkelijk perspectief. Bovendien waren de inrichtingsbesturen bang dat de loka-

¹ Verduyn en Kapteijn den Bouwmeester 1955, 35.

² Van der Woord 1952a, 274. Zie ook Schoonderbeek 1951b en Verduyn en Kapteijn den Bouwmeester 1955, 34.

³ N.n. s.a. [1952-1962]. Dit ondanks de uitbreiding in 1955 van het aantal door het ziekenfonds vergoede opnamedagen van 42 naar 70; in 1964 werd het aantal dagen dat voor rekening van de ziekenfondsen was, verhoogd naar 365.

⁴ Verduyn en Kapteijn den Bouwmeester 1955, 104.

le ziekenfondsen zich zouden gaan bemoeien met het opnamebeleid, en het verpleeg- en behandelbeleid. Ten slotte bestond de vrees dat er onduidelijkheid zou ontstaan over de vraag welke medische kosten voor vergoeding via de ziekenfondsen in aanmerking zouden komen.¹

Zo lukte het ook op deze manier niet tot regelingen te komen en alles bleef voornamelijk bij het oude. In 1952 leek er echter iets te veranderen. Zoals bekend (hoofdstuk V) werden de verpleegtarieven van psychiatrische inrichtingen dat jaar vrijgelaten. Hierdoor ontstond meer ruimte om met de provincies in onderhandeling te treden over de vraag welke kosten in de verpleegtarieven verdisconteerd mochten worden. Therapeutische vernieuwing kon hierdoor ook op de agenda worden geplaatst. Het is echter niet waarschijnlijk dat dit vaak gebeurde. De provinciale overheden waren immers ook vóór die tijd nauw betrokken gebleven bij de prijsonderhandelingen via de Prijzenbeschikking en er was dus feitelijk weinig veranderd.

Op 22 juli 1952 maakte de Ziekenfondsraad bekend dat gemeenten aanspraak konden maken op een vergoeding van f1,- per verpleegdag voor de kosten van genees- en verbandmiddelen van ziekenfondspatiënten na hun 42-ste (later 70-ste) opnamedag.² Het ligt voor de hand dat dit doorberekend zou worden aan de inrichting. Er was echter geen verplichting voor de ziekenfondsen om hieraan mee te werken. Dit leidde alleen maar tot meer verwarring en discussie, want de vergoeding, die was afgestemd op de kosten in het ziekenhuiswezen, lag veel hoger dan de werkelijke kosten.³ Zelfs het dure Santpoort rekende voor medicatie in 1951 nog geen dubbeltje en zelfs in 1956 slechts een kwartje per verpleegdag.⁴ Het is

¹ Van der Word 1952a. De correspondentie waar Van der Word naar verwees, liet hij gedeeltelijk ter illustratie bij het artikel afdrukken. Zie ook: Valk 1951 en Hacke 1952.

² Boer s.a., III-1-E, 7-8. Het betreft circulaire Afd. V. en O., s.O., nr. 9011, 22 juli 1952. Zie ook: Vereniging van Nederlandse Gemeenten 1963, 231.

³ Dit bleek ook uit onderzoek van Het Nederlandse Ziekenhuiswezen, in opdracht van het Ministerie van Sociale Zaken. (Boer s.a., III-1-E, 8.) Zie ook: Vereniging van Nederlandse Gemeenten 1963, 231.

⁴ N.n. s.a. [1952-1962]. Hoe groot het voordeel precies geweest zou zijn als deze bedragen inderdaad door de gemeenten zouden zijn gedeclareerd en doorbetaald aan de inrichtingen, is moeilijk na te gaan. Uit de raadsverslagen van Amsterdam blijkt niet dat de hoofdstad inderdaad f1,- per verpleegdag voor genees- en verbandmiddelen van patiënten in de psychiatrische inrichtingen ontving. De exploitatiegegevens van de belangrijkste 'afnemer' van de stad, Santpoort, geeft er ook geen informatie over. In 1952 kende Santpoort volgens een opgave aan de Inspectie (NA 2.15.40, inv. nr. 2664, Blauwboek Santpoort 1952) 493.282 verpleegdagen. Hiervan werd 2 procent (oftewel 9.866 dagen) al volledig door de ziekenfondsen betaald. (Verduyn en Kapteijn den Bouwmeester 1955, 103) Aangenomen mag worden dat de overige 483.416 verpleegdagen voor ongeveer de helft ingenomen werden door ziekenfondspatiënten. Deze aanname berust op de gedachte dat het aantal opgenomen ziekenfondspatiënten ongeveer gelijk was aan het aantal in het ziekenhuis verblijvende patiënten. Of dit werkelijk het geval was, is helaas niet na te gaan. Voor deze (afgerond) 240.000 verpleegdagen werd dus f1,- voor ziekenfondskosten betaald, oftewel ± f240.000,-. De apotheekkosten lagen dat jaar ergens tussen de veertig- en vijftigduizend gulden. Er zou dus bijna twee ton overgebleven kunnen

niet bekend welke gemeenten de ziekenfondsen met wie zij te maken hadden, zover kregen om deze bedragen daadwerkelijk te betalen, maar veel zullen het er niet zijn geweest.¹ Alleen in Rotterdam kwam er een vorm van overleg tot stand tussen de (gemeentelijke) inrichting Maasoord en het plaatselijke ziekenfondswezen.²

Een 'onvoorstelbare verandering'

In dezelfde tijd werden in enkele inrichtingen voor het eerst medicijnen getest die speciaal *bedoeld* waren als middel tegen psychiatrische aandoeningen. Een nieuw medicijn dat in 1950 werd gebruikt, was chloorpromazine. In 1952 verschenen hierover de eerste artikelen. De Eindhovense zenuwarts P. Holzer maakte een studiereis naar Parijs om kennis te maken met het nieuwe middel, dat onder de naam Largactil op de markt werd gebracht. Hij was de eerste die erover publiceerde. Duin en Bosch was de eerste psychiatrische inrichting waar het middel in 1952 werd toegepast.³ F.J. Tolsma, geneesheer-directeur van Maasoord, was de eerste die Largactil in 1953 op grote schaal toepaste. Hij publiceerde er eveneens over.⁴ Al direct dat eerste jaar werden in Maasoord honderd patiënten met het nieuwe middel behandeld. Het effect was enorm, zo blijkt uit tal van bronnen uit die tijd. Tolsma zelf vertelde erover:

In het ziekenhuis gaf het een onvoorstelbare verandering. Chronische schizofrenen leefden vaak op. In die tijd is er bij diverse artsen, maar ook bij de verpleging, en bij familieleden, een enorm enthousiasme ontstaan. Ik herinner me, dat familieleden bij me kwamen praten en vertelden, dat ze geloofden, dat er een wonder gebeurd was.⁵

In het kielzog van de Largactil kwam een grote groep nieuwe medicijnen op de markt; psychofarmaca die gezamenlijk zorgden voor een grote verandering in het aanzien van de inrichting. Sommige historici spreken zelfs van een 'revolutie', hoewel ook wordt betwijfeld of de veranderingen wel

zijn, op een exploitatie van iets meer dan drie miljoen gulden.

¹ In de gemeentelijke exploitatiecijfers van Amsterdam en Texel hebben we in ieder geval geen posten gevonden die hierop duiden. Het zou uiteindelijk nog tien jaar geharrewar opleveren voordat een definitieve regeling getroffen werd, waarin met terugwerkende kracht vanaf 1952 slechts f0,50 per verpleegdag verrekenbaar werd gesteld. Vanaf midden jaren zestig zien we pas bedragen onder deze noemer verschijnen in de exploitatierekeningen van de gemeente Amsterdam. In de exploitatierekeningen van de gemeente Texel is deze post niet gevonden.

² Van der Woord 1952a, 276; Verduyn en Kapteijn den Bouwmeester 1955, 104.

³ Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 562.

⁴ Bakker 1999b, 90-94; Bakker 2008b.

⁵ Geciteerd bij Bakker 1999b, 91.

aan de introductie van Largactil opgehangen kunnen worden.¹

Volgens T. Pieters en S. Snelders werden de eerste ampullen gratis ter beschikking gesteld door de fabrikant.² Ook Santpoort en Duin en Bosch hadden het medicament aanvankelijk gratis gekregen.³ Waar haalden ze daarna het geld vandaan om de behandelingen voort te zetten? Het was namelijk een zeer kostbare behandeling. Maasoord betaalde voor 100 tot 120 patiënten een totaalprijs van tweeduizend gulden per maand (ruim zestien gulden per patiënt per maand, dit was ruim 8 procent van de verpleegkosten).⁴ Voor een experiment van veel bescheidener omvang (tweintig patiënten) zou Wolfheze zeshonderd gulden, oftewel dertig gulden per patiënt (bijna 20 procent van de verpleegkosten) kwijt zijn geweest.⁵

Behalve Maasoord waren ook Endegeest, de Willem Arntsz Stichting en de Provinciale Ziekenhuizen er al in 1953 bij (Duin en Bosch dus zelfs al in 1952).⁶ Wat hadden deze gestichten met elkaar gemeen, behalve dat sommige door de artsenbezoeker van de fabrikant van Largactil waren benaderd? Ze hadden alle een betrekkelijk klein verzorgingsgebied met patiënten afkomstig uit dezelfde gemeenten. En voor alle vier gold dat de tarieven op een andere manier tot stand kwamen dan de gebruikelijke route via onderhandeling met de provincie. Over de vraag of nieuwe medicatie onderdeel mocht uitmaken van het verpleegtarief, hoefde dus niet uitgebreid met de provincie te worden onderhandeld.

Bij Endegeest en Maasoord ging het om gemeentelijke gestichten. De partij die voor de kosten opdraaide, was dezelfde als de partij die de ontvangsten kon boeken: respectievelijk Leiden en Rotterdam. Het ligt niet voor de hand dat in deze constellatie de provincie hard met de vuist op tafel geslagen zal hebben om de tarieven laag te houden. En inderdaad, met een kostprijs per patiënt per jaar van afgerond f1.936,- (Endegeest) en f2.086,- (Rotterdam), behoorden deze gestichten tot de duurste van het land. Ditzelfde gold voor de Willem Arntsz Stichting en de Provinciale Ziekenhuizen. De gemeenten Utrecht en Amsterdam waren grootafnemer

¹ Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 562-564; Pieters en Snelders 2005.

² Pieters en Snelders 2005, 389.

³ Pieters, Snelders en Houwaart 2006, 31, 55 en 63.

⁴ VKIN s.a. [1955]. Voor deze patiënten ging het om bijna 9 procent van de maandelijkse verpleegkosten. Ter vergelijking: in Santpoort bedroegen de apotheekkosten in 1951 1½ procent van de totale lasten, in Wolfheze in 1956 ongeveer 2 procent. (HDCNP 501 inv. nr. 1, Potloodaantekening in VKIN s.a. [1952], N.n. s.a. [1952], VCV s.a. [1958].)

⁵ Beide bedragen (f2.000,- voor 120 patiënten en f600,- voor 20 patiënten) kunnen niet worden geverifieerd. Het betreft mededelingen gedaan tijdens een overleg van de geneesheer-directeurs van de VCV. (HDCNP 501 inv. nr. 55, Notulen van de 61-ste vergadering van de geneesheren-directeur, 3 maart 1954.) Uit het relatief hoge bedrag voor weinig patiënten voor Wolfheze mag men opmaken dat de fabrikant minder kwantumkorting wilde geven wilde geven aan dit instituut.

⁶ Dankers en Van der Linden 1996, 9; Blok 1998a, 167. De andere inrichtingen waren allemaal ietsje later.

van de bedden in deze ziekenhuizen. In deze gevallen betrof het gemeenten die het afsluiten van verpleegcontracten (en het onderhandelen over de tarieven) niet aan de provincies overlieten, maar zelf ter hand namen. In het laatste geval zat het betreffende provinciebestuur (Noord-Holland) als exploitant aan de andere kant van de onderhandelingstafel.

Deze paar gemeenten hadden dus te maken met de hoogste verpleegkosten, en – voor alle duidelijkheid – daarop gebaseerde tarieven. Het vermoeden bestaat dat de betreffende gemeentebesturen daarenboven lucratieve afspraken had gemaakt met het plaatselijke ziekenfondswezen over de vergoeding van verstrekkingen na de 42-ste opnamedag. Voor Rotterdam gold dit zeker.¹ Het Rotterdamse ziekenfondswezen deed niet moeilijk over de betaling van de Largactilbehandeling, ook ‘al was het duur’. Dit werd althans in een interview beweerd door een in Rotterdam gevestigde zenuwarts, die lid was van de medicijnencommissie van het plaatselijke ziekenfondswezen. Hij had zelf een ziekenfondspraktijk en schreef Largactil voor op kosten van het Rotterdamse ziekenfondswezen.²

Onderhandelen met de provincie

Niet alle inrichtingen waren door de fabrikant van Largactil voorzien. Dit gold bijvoorbeeld voor Voorburg.³ Ook niet alle inrichtingen hadden een ziekenfonds achter zich dat afspraken wilde maken over de betaling van de kosten voor medicatie als een ziekenfondspatiënt langer dan 42 dagen opgenomen was. Deze inrichtingen moesten wel allemaal in onderhandeling met de provincies over de vraag of een uitbreiding van de medicatie in de verpleegtarieven verrekend mocht worden. In de archieven van de VCV komen we dit vraagstuk inderdaad tegen. Opnieuw als voorbeeld Wolfheze.

In 1954 verscheen Tolsma's artikel over Largactil en dat was ook het moment waarop de artsen van de VCV er kennis van namen en erover spraken in het overleg van de geneesheer-directeurs.⁴ De vraag was of het middel ook in de VCV-inrichtingen toegepast kon worden. Het nieuwe preparaat werd toen al in diverse klinieken en psychiatrische inrichtingen op grote schaal gebruikt en het bleek erg kostbaar. Als er begonnen werd met twintig patiënten in Wolfheze, was er een bedrag mee gemoeid van ongeveer zeshonderd gulden per maand. Vergeleken bij Maasoord een

¹ Van der Woord 1952a, 276. Voor Amsterdam staat dit niet vast. Wij hebben geen aanwijzingen in deze richting kunnen vinden in de gemeenterekeningen.

² Aldus psychiater P. van Wirdum, de latere geneesheer-directeur van St. Joris te Delft. (Pieters, Snelders en Houwaart 2006, 37, 73-74.)

³ Pieters, Snelders en Houwaart 2006, 64.

⁴ HDCNP 501 inv. nr. 55, Notulen van de 61-ste vergadering van de geneesheren-directeur, 3 maart 1954.

bescheiden begin. Voorgesteld werd dit bedrag door te berekenen aan de ‘betalende instanties’, waarmee stellig de ziekenfondsen werden bedoeld, die ook bijvoorbeeld een penicillinekuur vergoedden boven het gewone verpleegtariaf.

Twee maanden later was de ervaring dat ‘[h]et nieuwe preparaat [...], mits bij scherpe indicatie, zeer bevredigend tot goed [bleek] te voldoen’. Dit werd ondersteund door ‘resultaten van klinieken in binnen- en buitenland’. De kosten vormden echter een barrière om het aantal patiënten dat een Largactilbehandeling kreeg, uit te breiden. De provincies wilden de kosten van de behandeling niet in de tarieven opnemen, zodat ‘de kosten voor stichtingsrekening zullen moeten komen’.¹ De stichting kon dit ook opbrengen, want – zoals we hierboven zagen – er was begin jaren vijftig een ‘vernieuwingsfonds’ in het leven geroepen.

Bij een overleg van geneesheer-directeurs in november 1957 over de begroting van 1958 kwam het onderwerp Largactil opnieuw ter sprake.² Wolfheze viel uit de toon omdat het bedrag dat de instelling aan deze medicatie wilde uitgeven, twee tot drie keer zo hoog was als in de andere inrichtingen. De achtergrond hiervan was dat duidelijk geworden was dat bij het gebruik van Largactil (evenals andere neuroleptica) de effecten van de heropvoedingstherapie groter waren. Kalmte, ondernemingslust en mogelijkheden voor contact waren groter.³ L. van der Horst, hoogleraar-directeur van de Valeriuskliniek, vond dat ‘het streven van de medicus er op gericht’ moest zijn om ‘voor iedere patient het uiterste te bereiken’. Volgens hem kon dat soms ‘zeer kostbaar zijn’ en op zo’n moment zou de vraag gesteld moeten worden ‘of het welvaartsniveau van de maatschappij van dien aard is, dat van haar gevegd mag worden deze hoge kosten te dragen’. Dat was in zijn ogen de vraag die nu ook gesteld moest worden. Van der Drift was het hier helemaal mee eens. ‘Het gaat hier om een beleidsvraag.’ Uit de gunstige resultaten was gebleken dat de doses Largactil die op Wolfheze gegeven werden, verantwoord waren. Largactil was niet alleen een kalmerend middel, maar werd ook ‘toegepast op schizofrenen’ als middel tot ‘contactheropening’. In Angelsaksische landen gaf men al veel grotere doses dan tot dusverre hier in Nederland gebruikelijk was, zo betoogde hij. De andere geneesheer-directeurs wilden op dat moment nog niet zo ver gaan met experimenteren als Wolfheze, maar ze steunden het experiment wel en haalden het Centraal Bestuur over de door Wolfheze uitgetrokken post goed te keuren. Verder wachtten ze af of deze post te zijner tijd ook tot reacties zou leiden van de zijde der provincie.

¹ HDCNP 501 inv. nr. 55, Notulen 62-ste vergadering van de geneesheren-directeur, 26 mei 1954.

² HDCNP 501 inv. nr. 55, Notulen commissievergadering van bijstand met de geneesheren-directeur, 11 november 1957.

³ Vijselaar 2007, 209.

De provincie Gelderland liet weten tegen de post geneesmiddelen op Wolfheze geen bezwaar te hebben, omdat de hoge doses Largactil tot vroegd ontslag van patiënten konden leiden. Een jaar later kwam de kwestie opnieuw ter sprake, wederom bij gelegenheid van de bespreking van de begroting, maar nu in het Centraal Bestuur. Ook dit jaar viel de post ‘geneesmiddelen’ van Wolfheze weer op vanwege zijn enorme omvang. Terwijl de zusterinstellingen dat jaar nauwelijks meer verwachtten uit te geven, had het bestuur van Wolfheze voor 1959 een extra bedrag van f50.000,- (f60,- per patient) op de begroting gezet. Een en ander leidde tot felle discussies.

Bestuursleden die het eens waren met de opstelling van Wolfheze, i.c. geneesheer-directeur Van der Drift, stelden zich op het standpunt dat het Centraal Bestuur niet op de stoel van de medicus moest gaan zitten. De post ‘geneesmiddelen’ was eigenlijk een zelfde soort post als ‘voeding’. Als een arts meende dat een aantal patiënten te kort werd gedaan als er niet méér aan Largactil mocht worden uitgegeven, dan moest het bestuur daarin meegaan. Bovendien waren zij van mening dat Van der Drift niet door het bestuur moest worden gebonden ‘aan een soort grootste gemene deler van opvattingen, zoals die in medische kringen buiten Wolfheze bestaan’. Stel dat er op Wolfheze baanbrekend werk werd verricht, moest dit dan niet juist gesteund worden, ook al was de erkenning van de juistheid van de daar ingeslagen weg er nog niet? Het Centraal Bestuur had juist de taak om de geneesheer-directeurs ruime armslag toe te kennen bij de verwerkelijking van hun medische inzichten.

Tabel VI-3
Kosten voor de apotheek in Wolfheze in hele guldens (1956-1962)

1956	46.487
1957	133.652
1958	155.163
1959	201.307
1960	183.802
1961	159.962
1962	117.080

Bron: VPIN s.a. [1957-1964].

Daar was niet iedereen het mee eens, omdat het bestuur dan alleen nog de taak zou hebben ‘te registeren wat de medici van oordeel zijn’. Het bestuur was echter wel verantwoordelijk voor de exploitatie van de gestichten. De penningmeester maakte zich vooral zorgen om de goede relatie met de provincie Gelderland, die met klem aangedrongen had rekening te houden met de moeilijke financiële positie van de gemeenten. Verhoging

van de tarieven was uitgesloten. Een idee om de verhoging van de begrotingspost ‘geneesmiddelen’ te compenseren met bezuinigingen op andere posten, stond hem niet aan. ‘Elke post moet op zijn eigen merites worden bezien; anders komt men tot een scheefgetrokken beheer’, zei hij.

De tegenstanders wonnen uiteindelijk het pleit, mede doordat de provincie geen tariefsverhogingen meer accepteerde. Twee afdelingsartsen van Wolfheze meldden in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* in 1959 dat behandelingen mede vanwege de kosten moesten worden gestaakt.¹ Tabel VI-3 illustreert dit.²

Geld voor Largactil

Zo hebben we laten zien dat de inrichtingen waar het eerst en het meest werd geëxperimenteerd werd met het nieuwe middel Largactil, de financiële ruimte voor hun experimenten niet via ingewikkelde onderhandelingen met de provincies hadden hoeven bevechten. De inrichtingen hadden korte lijnen met de gemeenten die voor de kosten opdraaiden, ofwel doordat de gemeente zelf het bestuur vormde, ofwel doordat de gemeente zelf aan de onderhandelingstafel zat. Hun verpleegkosten en –tarieven waren dan ook de hoogste in het land. Hoewel het niet volledig aangetoond kan worden – de beschikbare gegevens zijn hiervoor te summier – bestaat het vermoeden dat het de betreffende gemeenten ook gelukt was afspraken te maken met het plaatselijke ziekenfondswezen over de (gedeeltelijke?) betaling van deze specifieke kosten (althans voor de ziekenfondspatiënten). Voor Rotterdam gold dit zeker, en Maasoord heeft hier ongetwijfeld de vruchten van geplukt.

De andere inrichtingen moesten het met veel minder middelen doen en zij waren afhankelijk van de *goodwill* van de provincies van waaruit zij hun patiënten kregen. Het toedienen van en experimenteren met Largactil was in deze inrichtingen bij aanvang minder vanzelfsprekend. Er moest in elk geval harder voor gevochten worden, zo hebben we in het voorbeeld van Wolfheze laten zien. Dat betekende dat de komst van Largactil en de stroom van psychofarmaca die daarop volgde, niet in iedere inrichting op hetzelfde moment en met dezelfde intensiteit heeft plaatsvonden.

¹ Van Paassen en Ronner 1959, 2203. Zie ook Vijselaar 2007, 209.

² Het is helaas niet mogelijk de cijfers vóór 1956 weer te geven. Begin jaren vijftig werd de boekhouding aangepast aan de organische bedrijfsrekening, die veel gedifferentieerder was dan de categorische boekhouding, maar de overstap ging geleidelijk. Pas in 1956 werd de post ‘kosten voor de apotheek’ onderscheiden van de geneeskundige dienst.

§ 5. Wat te doen aan het personeelsgebrek?

Hiervoor hebben we aandacht geschonken aan de wederopbouw van de inrichtingen, de intensieve toepassing van de heropvoedingstherapie en de introductie van Largactil. Veranderingen als deze deden zich in de jaren vijftig in alle inrichtingen voor, maar op een verschillend tijdstip en in een verschillende gedaante. Dus maakte het voor de behandeling en verzorging van een patiënt groot verschil in welke inrichting hij of zij op dat moment verbleef. Dit wordt bevestigd door de patiëntenverhalen die Gijswijt-Hofstra en Oosterhuis mede op basis van de interviews van Michiel Louter hebben opgetekend over deze periode.¹ De verschillen tussen de inrichtingen werden echter niet alleen bepaald door de manier waarop het herstel van de oorlogsschade vormgegeven was, door de hoeveelheid aandacht die geschonken werd aan de actievare therapie, of door de medicatie die werd gegeven. Minstens even belangrijk was de vraag hoe het met de personeelsbezetting was gesteld. Een groot gebrek aan personeel zorgde er namelijk voor dat de gewenste veranderingen niet overal op de gewenste manier en op het gewenste tijdstip konden worden doorgevoerd. In sommige inrichtingen was het personeelsgebrek zo nijpend dat het bestuur besloot tot een (tijdelijke) sluiting van een afdeling, al dan niet gepaard met een opnamestop. Dit betrof het bestuur van de St. Willibrordusstichting, het bestuur van de Provinciale Ziekenhuizen in Noord-Holland (Duin en Bosch, Santpoort) en de VCV (onder andere Vogelenzang en het zwaar door oorlogsgeweld getroffen Bloemendaal bij Loosduinen).² Hoofdinspecteur P.J. Piebenga had berekend dat er in 1961 van de ruim 27.000 beschikbare bedden in de psychiatrische inrichtingen maar liefst 1.100 leeg stonden als gevolg van het personeelsgebrek.³

Personeelsgebrek in de intramurale GGZ is eigenlijk van alle tijden, maar in de periode van begin jaren vijftig tot in de jaren zestig was het tekort groter dan ooit. Het personeelsgebrek betrof voor het grootste deel de verplegenden. Globaal één op de drie verplegende functies was vacant. In een poging om personeel te werven ondernamen de inrichtingen allerlei maatregelen. Verduyn en Kapteijn den Bouwmeester noemden: werktijdverkorting, uitbreiding van het aantal verplegenden, loonronden, functieherwaardering, verbetering van de personeelsaccommodatie, wervingsacties, verbetering van secundaire arbeidsvoorwaarden en verbetering van sociale

¹ Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 600-613; Louter 2005.

² Piebenga 1956, 401. Voor de St. Willibrordusstichting zie Bakker 2002c, 228; Binneveld en Wolf 1985, 176. Voor de Provinciale Ziekenhuizen zie: Van Kleffens 1959, 70-71; Blok 1997b, 174. Voor de VCV-inrichtingen zie: VCV s.a. [1948], 31; VCV s.a. [1949], 19. De VCV noemde het tekort aan verplegend personeel als hoofdoorzaak van de opnamestop, maar de oorlogsschade had er ook droeg toe bijgedragen.

³ Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 584; Piebenga 1964.

voorzieningen. De maatregelen kostten allemaal (veel) geld en behoorden daarmee, volgens de auteurs, tot de belangrijkste oorzaken van de kostenstijgingen in de psychiatrische inrichtingen in de eerste jaren na de oorlog.¹

In deze paragraaf kijken we naar de oorzaken van het personeelsgebrek en naar de belangrijkste maatregelen die door de inrichtingsbesturen getroffen werden om dit probleem te lijf te gaan. Welk doel beoogden de maatregelen, en werkten ze in de praktijk ook zo uit? Ook laten we zien wat de financiële consequenties ervan waren en wat dit alles betekende voor de patiënten in de inrichting.

Oorzaken van het personeelsgebrek

Het personeelsgebrek in de inrichtingen betrof zoals gezegd hoofdzakelijk een (groot) gebrek aan verplegenden. Het tekort hieraan bedroeg in de algemene ziekenhuizen halverwege de jaren vijftig zo'n 10 procent, maar in de psychiatrische inrichtingen 30 procent.² Er waren zowel te weinig mannelijke als vrouwelijke verplegenden en het aantal gediplomeerden nam dramatisch af. Aan het tekort lagen verschillende oorzaken ten grondslag.

Allereerst was er in de jaren vijftig en zestig sprake van grote krapte op de arbeidsmarkt. Dit gold voor vrouwen in het bijzonder, want het vrouwenoverschot was gedaald en de duur van opleidingen voor meisjes was verlengd.³ Terwijl de vraag naar verplegend personeel steeg (onder andere door de toename van het aantal zwakzinnigeninrichtingen), nam het aanbod van personeel af. Dit werd mede veroorzaakt doordat er ook in andere sectoren van de maatschappij, vooral in de groeiende dienstensector, voor vrouwen aantrekkelijke werkplekken ontstonden. Een administratieve baan was fysiek minder belastend en betaalde beter dan een baan in de verpleging. Wat psychiatrische inrichtingen extra onaantrekkelijk maakte, was het feit dat zij doorgaans verafgelegen waren en leerlingen verplicht waren intern te wonen. Daarbij kwam dat het voor vrouwen nog altijd ongepast werd gevonden om na het huwelijk buitenshuis te blijven werken. Voor ambtenaren was dit zelfs wettelijk vastgelegd.⁴ In de jaren vijftig lag de huwelijksfrequentie hoog en de gemiddelde huwelijksleeftijd laag. De periode dat jonge vrouwen in de inrichting wilden (mochten) werken,

¹ Verduyn en Kapteijn den Bouwmeester 1955, 43-45.

² Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 580. Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra geven een uitgebreid verslag over de herkomst van de cijfers die betrekking hebben op de in de inrichtingen geconstateerde tekorten aan verplegend personeel. Zie ook: N.n. 1956, Aan de Stegge, dissertatie in voorbereiding.

³ Aan de Stegge, dissertatie in voorbereiding. Zie ook: Baaij 1961.

⁴ Dit verbod werd in 1957 opgeheven. Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 586.

duurde dus maar heel kort. Tot slot kan ook nog de toenemende emigratie als oorzaak van het groeiende tekort aan verplegend personeel worden genoemd.¹

Volgens Piebenga was er in 1961 een tekort van 206 leerlingverpleegsters (8 procent), 214 leerlingverplegers (18 procent), 264 gediplomeerde verplegers (18 procent) en 499 gediplomeerde verpleegsters (33 procent). Het tekort aan vrouwelijke leerlingen was het laagst, terwijl het tekort aan gediplomeerde verpleegsters het grootst was. Hieruit mag men opmaken dat onder het vrouwelijke verplegende personeel de doorstroom het grootst was. Veel vrouwen die aan de opleiding begonnen, verlieten voor of direct na het behalen van het diploma de inrichting.²

De oplossing van het personeelsprobleem leidde dus in twee richtingen: nieuwe verplegers en verpleegsters aantrekken en voorkomen dat ze na korte tijd weer zouden vertrekken. Aan beide aspecten besteden we hieronder aandacht.

'Het roepingsbegrip inbouwen in moderne sociale voorwaarden'

De inrichtingen probeerden onder andere meer personeel binnen te halen met behulp van wervingsacties. 'Door het voeren van intensieve propaganda wordt gepoogd bij de Christelijke jonge meisjes belangstelling te wekken voor den arbeid op onze inrichtingen', meldt bijvoorbeeld het jaarverslag van de VCV in 1946.³ Ook in niet-christelijke kringen werd propaganda opgevoerd. In 1948 richtte de NFGV samen met anderen een Voorlichtingsdienst op, die een campagne op touw zette om personeel voor niet-confessionele inrichtingen te werven. De toen 76-jarige zuster F. Meyboom, voormalig A-verpleegster en verpleegkundig docent, trok onvermoeibaar door het land. Ze hield toespraken en radiopraatjes en schreef tal van artikelen en rapporten over het werk in de psychiatrische inrichting. Dit alles met als hoofddoel jonge meisjes te werven voor de psychiatrische verpleging in de niet-confessionele inrichtingen.⁴

Het beroep op de (christelijke) liefdadigheid bleek echter onvoldoende. In de woorden van Tolsma, de geneesheer-directeur van Maasoord:

De leerlingverpleegsters bijvoorbeeld worden ongetwijfeld onderbetaald. [...] Te vaak wordt nog geschermd met het oude, romantische roepingsbegrip, maar naar mijn gevoel kan de naastenliefde zich slechts ontplooiën in een financieel zo gun-

¹ N.n. 1956. Zie ook: Aan de Stegge, dissertatie in voorbereiding.

² Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 586-587; Piebenga 1964.

³ VCV s.a. [1948], 31.

⁴ Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 581. Zie ook: Aan de Stegge, dissertatie in voorbereiding; Aan de Stegge 2004, 90. In 1959 staakte zij haar werkzaamheden, ze was toe 87 jaar oud.

stig mogelijk klimaat. Dit betekent dat de verplegenden extra beloond moeten worden [...] Het roepingsbegrip zal dus moeten worden ingebouwd in moderne sociale voorwaarden.¹

Hij legde hiermee de vinger op de zere plek. Het beroep van verplegende in de psychiatrische inrichting werd mede vanwege dit ‘romantische roepingsbegrip’ (nog altijd) relatief laag betaald. Ingrijpende salarismaatregelen waren opnieuw onontkoombaar. Nu niet om, zoals aan het einde van de Eerste Wereldoorlog, tegemoet te komen in de gestegen kosten van het levensonderhoud, maar om nieuwe verplegenden te werven of in elk geval te voorkómen dat verplegenden beter betaalde banen buiten de sector gingen zoeken.

De inrichtingen gingen niet langer op hun eigen houtje te werk. In 1946 stelde de Nederlandse Vereniging van Gestichtsartsen in een rapport over de positie van verplegenden in de inrichtingen dat ‘de onderlinge concurrentie tusschen de verschillende gestichten’ er voor de oorlog steeds toe had geleid dat ‘reeds lang gewenschte regelingen e.d., altijd maar weer werden uitgesteld, in afwachting van wat “de anderen” zouden doen’.² Nu was het tijd dat de landelijke overheid een actievere rol zou gaan spelen bij de uniformering van de rechtspositie van de verplegenden. De VKIN stelde zich op als overlegorgaan. Vanaf ongeveer 1947 was dit een van de belangrijkste taken die deze vereniging op zich nam. Via de weg van salarisverbeteringen en verbetering van de rechtspositie hoopte men het tekort aan verplegend personeel het hoofd te bieden.³ Ook de katholieke pendant van de VKIN, de Vereniging van R.K. Gestichten en Inrichtingen voor Krankzinnigen en Zwakzinnigen zetten de salarissen van het verplegend (leken-)personeel op de agenda en mengde zich in de discussie.⁴

Mede dankzij het werk van deze organisaties werd in 1947 een landelijke salarisregeling afgekondigd voor verplegend personeel in particuliere verplegingsinrichtingen (inclusief de katholieke), waarbij getracht werd zoveel mogelijk aansluiting te zoeken bij de salarissen die golden voor verplegend personeel in overheidsdienst.⁵ Na enkele overlegonden werd de regeling uiteindelijk in 1949 definitief van kracht (tabel VI-4).⁶ Ter ver-

¹ F.J. Tolsma geciteerd bij Bakker 1999b, 100.

² Engelhard 1946, 64.

³ NA 2.19.142 inv. nr. 19, Verslagen van de secretaris der Vereniging van Krankzinnigengestichten in Nederland, gevestigd te Utrecht, over het jaar [1947-1955]. Overigens bleef ook daarna het onderwerp ‘salarissen’ actueel.

⁴ VRKGIKZ s.a. [1947], 6.

⁵ Josephus Jitta 1948. Zie ook: HDCNP 501 inv. nr. 22, Notulen Centraal Bestuur VCV, 7 januari 1948.

⁶ HDCNP 501 inv. nr. 23, Notulen Centraal Bestuur VCV 7 januari 1948.

gelijking: een gediplomeerd verplegende in Santpoort verdiende in 1948 maximaal f2.163,- (vrouw) of f3.000,- (man), plus kost en inwoning.¹

Tabel VI-4

Beknopt overzicht bruto salarisregeling voor verplegenden in particuliere verplegingsinrichtingen in guldens per jaar (1948)

	minimum	maximum
leerling eerste jaar*	300	500
leerling tweede jaar*	400	600
leerling derde jaar*	500	700
gediplomeerde verplegenden**	1400-2000	1700-2300

*Exclusief kost en inwoning.

** Inclusief kost en inwoning (aftrek resp. f300,- en f400 per jaar).

Bron: Josephus Jitta 1948, 19.

Het waren minimumbedragen. De Godshuizen hanteerden bijvoorbeeld een salarisregeling die royaler was: eerstejaarsleerlingen verdienden f1134,- per jaar inclusief kost en inwoning (à f540,-), tweedejaars f1272,- per jaar en derdejaars f1410,-. De Brabantse instellingen hadden dan ook grote moeilijkheden had om vacatures voor leerlingen vervuld te krijgen.² Het Directoraat-Generaal van de Prijzen gaf toestemming de nieuwe salarissen in de verpleegtarieven te verrekenen.³

Het bleef niet bij deze ene salarismaatregel. tabel VI-5 laat zien hoe de salarissen in de rooms-katholieke instellingen en de gereformeerde VCV-inrichtingen zich ontwikkelden. Uit dit overzicht blijkt dat de aanvangssalarissen van gediplomeerde verplegenden in de katholieke instellingen tussen medio jaren veertig en eind jaren vijftig met 173 procent waren gestegen en de maximumsalarissen met 244 procent; voor de gediplomeerde verplegenden in de VCV-inrichtingen groeiden de salarissen respectievelijk 84 procent en 180 procent. Iets minder snel dus.

In dezelfde periode vonden echter ook elders in de maatschappij grote loonsverhogingen plaats. Tussen 1945 en 1953 had de geleide loonpolitiek die de rijksoverheid voorstond, nog effect gehad op het gemiddelde loonpeil: de lonen bleven relatief laag en dit was mede een oorzaak van de versterkte concurrentiepositie van het Nederlandse bedrijfsleven geweest. Vanaf het midden van de jaren vijftig bleek de arbeidsmarkt evenwel zo krap te zijn geworden, dat bedrijven zich tegen de loonpolitiek gingen verzetten, met snel stijgende lonen in het bedrijfsleven als gevolg.⁴

¹ Verbeek 1949, 266.

² VRKGIKZ s.a. [1947], Verslag Voorburg, 5. Ook het aanbod van dienstboden was te gering. De meeste kandidates waren rond de 16, slechts een enkeling was boven de 18. VRKGIKZ s.a. [1947], Verslag Voorburg, 7.

³ HDCNP 501 inv. nr. 23, Notulen Centraal Bestuur VCV, 28 januari 1949.

⁴ Van Zanden 1997, 115-117.

Tabel VI-5

Bruto jaarsalaris inclusief kost- en inwoning gediplomeerde verpleegsters in katholieke inrichtingen en inrichtingen verbonden aan de VCV (1945-1960)

	katholieke inrichtingen		inrichtingen VCV	
	minimaal	maximaal	minimaal	maximaal
1945	1.330	1.580		
1946			1.330	1.530
1948	1.700	2.300	1.600	2.150
1950			1.848	3.204
1954	2.545	3.712	*	*
1957			2.460**	4.071**
1958	3.627	5.440		
1960	4.232	6.107		

*Tussen 1950 en 1954 vonden jaarlijks tussentijdse salarisverhogingen plaats van enkele procenten per jaar.

**Inclusief AOW-compensatie.

Bron: HCDNP 501 inv. nr. 12, Salarisregelingen 1919-1958 VCV; *Ons Ziekenhuis* 1962, 367.¹

Een andere mogelijkheid om meer personeel te werven was volgens Verduyn en Kapteijn gelegen in de verbetering van de sociale voorzieningen. Maatregelen op dit terrein werden in de naoorlogse periode inderdaad op Voor psychiatrische inrichtingen was salarisverhoging derhalve geen al te probaat middel om meer verplegend personeel te werven, want de concurrentie met banen in andere sectoren van de maatschappij bleef groot. Noodzakelijk was de maatregel wel, omdat het personeelsprobleem anders door de groeiende achterstand nog groter zou worden.

grote schaal getroffen en wel door de overheid zelf, zo zagen wij al in hoofdstuk V. Deze maatregelen golden dus ook voor het personeel in andere sectoren van de maatschappij en hadden daardoor eveneens slechts een beperkte invloed op de effecten van het wervingsbeleid in de inrichtingswereld. Het ging om onder andere de Kinderbijslagwet en het Ziekenfondsenbesluit, die al tijdens de oorlog in werking getreden waren, en – vanaf eind jaren veertig – de verplichte werkloosheidsverzekering en de verplichte deelname aan een bedrijfspensioenfonds (1949). Verder werd de Noodwet Ouderdomsvoorzieningen van kracht (1947), gevolgd door de Algemene Ouderdomswet (AOW, 1957) en de Algemene Weduwen- en Wezenwet (AWW, 1959).²

Veel van deze regelingen werden door middel van premies gefinancierd. Het aandeel dat de werkgevers hiervan moesten bekostigen, werd in de

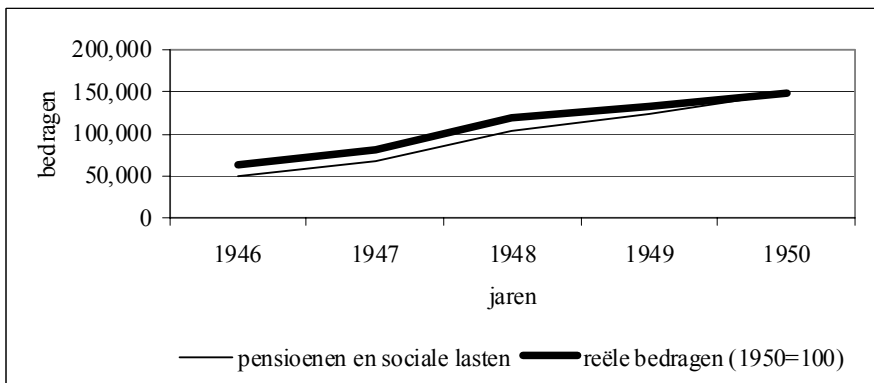
¹ *Ons Ziekenhuis* baseert zich op de Memorie van Toelichting bij het Ontwerp Ziekenfondswet.

² Noordam 1998b, 815.

loop der jaren groter; eind jaren veertig was het premieaandeel voor werkgevers al gestegen tot ongeveer 14½ procent, tegen nog geen 4 procent in 1938.¹ De inrichtingen betaalden als werkgever ook mee aan de nieuwe sociale voorzieningen. Grafiek VI-10 is wat dat betreft zeer illustratief. De stijging van de kosten werd onder meer veroorzaakt door de invoering van de Kinderbijslagwet (1939, in 1941 trad de wet in werking), de stijging van de pensioenpremies en de komst van de verplichte werkloosheidsverzekering. De uitkeringen via de Noodwet Ouderdomsvoorziening werden overigens niet via premies, maar door de staat betaald.²

Grafiek VI-10

*Kostenpost ‘pensioenen en sociale verzekeringen’ in de exploitatie van Wolfheze (1946-1950)**



* Na 1950 werd de organische bedrijfsrekening gehanteerd en werden personeelsgebonden kosten als sociale premies en pensioenpremies, onder de verschillende bedrijfssonderdelen geboekt.

Bron: VCV s.a. [1948-1952]; VKIN s.a. [1947-1951].

Niet alle inrichtingen kregen te maken met dergelijke kostenstijgingen. De werkloosheidsregeling betrof bijvoorbeeld vooral de semipublieke en de confessionele ziekeninrichtingen, en dan met name de niet-katholieke. In katholieke instellingen werkten immers hoofdzakelijk religieuzen en voor hen hoefden geen premies te worden betaald, alleen voor het leken personeel. Volledige overheidsinstellingen hoefden alleen voor de medewerkers met tijdelijke contracten premies af te dragen. Het overheidsperoneel in vaste dienst was er namelijk van uitgesloten, omdat de overheid niet als bedrijf werd beschouwd. Particuliere verpleeginrichtingen werden

¹ Noordam 1998b, 810.

² Noordam 1998a, 596.

wel als bedrijf aangemerkt. Dit tot verbazing en ergernis van B. van der Woord, de administrateur van de (semipublieke) Willem Arntsz Stichting. Hij spuide zijn ongenoegen hierover in *Het Ziekenhuiswezen*. De particuliere verpleeginrichtingen konden met de nieuwe werkloosheidsregeling in de woorden van Van der Woord ‘ongenode gasten’ op hun begrotingen verwachten.

Het rijk, werkgevers en werknemers zouden elk 2 procent van het loon moeten gaan bijdragen. Aangezien het personeel die 2 procent vermoedelijk niet missen kon, zouden de inrichtingen niet alleen de 2 procent van het werkgeversdeel, maar ook de 2 procent van het werknemersdeel moeten gaan betalen, voorspelde hij. Dit zou zonder twijfel leiden tot nieuwe salarisstijgingen.¹

Over de salarisstijgingen zelf hebben we het al eerder gehad. We kunnen nu vaststellen dat de salarissen van verplegend personeel in de verschillende soorten inrichtingen onder andere door dit soort veranderingen gedurende de jaren vijftig dichter naar elkaar kropen.²

De vijfdaagse werkweek

Werktijdverkorting werd ook ingezet als middel om personeel te werven. Het werk van de verplegenden was erg vermoeiend en sommige verplegenden vonden het eigenlijk te zwaar, ook psychisch.³ Verkorting van deze werkweek zou dus een reële optie kunnen zijn om het werk aantrekkelijker te maken. Maar er zat een dubbele keerzijde aan deze medaille: de maatregel kostte (veel) geld en door werktijdverkorting waren er nóg meer verplegenden nodig.

Kort na de Tweede Wereldoorlog werd voor het verplegend personeel de 55-urige werkweek naar een 51-urige werkweek teruggebracht.⁴ De 51-urige werkweek was echter nog maar net van kracht, toen er al over een 48-urige werkweek werd nagedacht. Verbeek verwachtte dat dit tot zeer grote kostenstijgingen zou gaan leiden, vooral bij instellingen die de organische methode niet hanteerden. Salarissen zouden niet langer kunnen worden gebruikt als ‘sluitpost op de begroting,’ aldus Verbeek,

¹ Van der Woord 1948.

² In 1977 werd deze ontwikkeling afgesloten met de komst van een Collectieve Arbeidsovereenkomst voor het Ziekenhuiswezen.

³ Soutendijk 1961. De auteur haalt een onderzoek aan van het Economisch Sociologisch Instituut te Tilburg, waarvan het rapport werd gepubliceerd in december 1959 in *Ons Ziekenhuis*.

⁴ Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra noemen als jaartal van de invoering van de 51-urige werkweek 1948 (Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 587). In de notulen van de VCV wordt echter al melding gemaakt van een 51-urige werkweek per 1 januari 1947. Overuren werden vanaf dat moment ook uitbetaald en wel op basis van het bruto uurloon plus 25 procent. (HDCNP 501 inv. nr. 22, Notulen Centraal Bestuur VCV 28 maart 1947.)

en men zal ach en wee zuchten over de ontwrichting van de exploitatie en de overheid verwijten, dat men het Ziekenhuis op een lijn heeft gesteld met de industrie. En men zal niet nalaten de overheid te attenderen op de consequentie aan haar inmeniging verbonden en het slot zal zijn, dat de gemeenschap de tekorten zal moeten opbrengen.¹

De 48-urige werkweek werd in 1957 ingevoerd. Het Verplegingsbesluit van 1957 gold overigens niet voor de overige diensten in de inrichting, deze kenden geen officiële regelingen.² Enkele jaren later werd de werkweek opnieuw onder de loep genomen. In 1961 onderzocht econoom J. Soutendijk wat de gevolgen zouden zijn van de invoering van de vijfdaagse, 45-urige werkweek in de ziekeninrichtingen. Soutendijk hield gesprekken met directieleden van twintig instellingen, waaronder psychiatrische inrichtingen en stelde vast dat het belangrijkste motief om tot de werktijdverkorting over te gaan was gelegen in de behoefte aan meer vrije tijd. Een andere belangrijke reden om tot werktijdverkorting over te gaan was gelegen in de mogelijkheid om daarmee de concurrentie met het bedrijfsleven aan te gaan.³

De invoering van de 45-urige en vijfdaagse werkweek voor het verplegend personeel zou immense gevolgen hebben voor de personeelsbezetting en de kostprijs. De werkzaamheden waren sterk aan de dagindeling van de patiënten gebonden en er zouden derhalve ingrijpende roosterwijzigingen moeten plaatsvinden.⁴ Soutendijk maakte een vergelijking met de Nederlandse Spoorwegen, waar een vergelijkbaar probleem bestond: 'Iemand die 's avonds van zijn werk komt, kan niet pas de volgende dag naar huis reizen omdat dat beter in het produktieplan [van de NS] past.' Hetzelfde gold voor de patiënten in een verpleeginrichting. 'Evenals bij de vervoersbedrijven is er sprake van spitsuren en van stille perioden.'⁵

Op basis van buitenlandse studies kwam Soutendijk uit op een noodzakelijke uitbreiding van het aantal personeelsleden in de verplegingsdienst van 8 procent. Het aantal personeelsleden dat niet in de verplegingsdienst werkzaam was, zou met 6 procent moeten stijgen. Dit zou leiden tot een gemiddelde kostenstijging van f0,30 per verpleegdag. Soutendijk voorspelde ook dat er een nog groter probleem zou gaan ontstaan om de vacatures gevuld te krijgen. Ook konden er moeilijkheden rijzen doordat de werkweek van de verplegenden nog maar vijf dagen in plaats van zes om-

¹ Verbeek 1948, 35.

² Soutendijk 1961, 53.

³ Soutendijk 1961, 54, 57.

⁴ Soutendijk 1961, 54, 57.

⁵ Soutendijk 1961, 57.

vatte, waardoor er negen uur per dag gewerkt zou gaan worden. De vermoeidheid zou misschien te groot worden, was zijn gedachte. Verder zouden moeilijkheden kunnen ontstaan met betrekking tot de continuïteit, de overdracht en het inwerken, maar deze effecten berustten hoofdzakelijk op 'louter beweringen'. Soutendijk stelde voor de werktijdverkorting in fasen in te voeren, om zo min mogelijk nadelige gevolgen te creëren. Ook leek het hem wijs de doelmatigheid in de verpleeginrichtingen te bevorderen.¹ Het tekort aan verplegend personeel werd door de invoering van de vijfdaagse werkweek niet minder en de door Soutendijk voorspelde kostenstijging vond inderdaad plaats (zie paragraaf 2). Tussen 1955 en 1962 gingen de gemiddelde kosten per verpleegdag ieder jaar omhoog. De stijging was tussen 1961 en 1962 echter meer dan f1,- hoger dan in de jaren ervoor. Een deel van deze stijging kan worden verklaard door de invoering van de vijfdaagse werkweek.

Leken en vrouwen

Een van de oorzaken van het personeelsgebrek kwam nog niet aan de orde en betrof alleen de katholieke instellingen, waar congregaties de zorg op zich namen: het aantal roepingen daalde vanaf midden jaren vijftig. De toestroom van religieuzen nam daardoor af en dus ook de toestroom van verplegend personeel. Sommige congregaties reageerden hierop door liefdewerken (bijvoorbeeld wezenverpleging) af te stoten.² Andere namen de stap om (meer) leken, of zelfs verplegenden van het andere geslacht toe te laten in de zorg.³ We nemen hier als voorbeeld de St. Willibrordusstichting in Heiloo.⁴

In deze inrichting voor mannelijke verpleegden werden in 1954 de eerste leken aangesteld als leerling-verplegende. Voor hen moesten speciale voorzieningen worden gecreëerd, zoals slaapvertrekken en een eet- en verblijfsruimte. Hiervoor werd een slaapzaal van een afdeling voorlopig ingericht. Een niet onbelangrijk, maar wel vaak vergeten aspect van de komst van lekenverplegers betrof de uitbreiding van de administratie: voor religieuzen werden midden jaren vijftig geen salarissen betaald en hoefden ook geen premies te worden afgedragen. De komst van leken bracht een hoop administratieve rompslomp mee.⁵ Toch werd de komst van de leken door veel broeders niet als problematisch beschouwd. In de andere diensten van de inrichting waren zij al langer werkzaam, bijvoorbeeld als knecht. Niet iedereen was echter blij met de beslissing om leken

¹ Soutendijk 1961, 71.

² Bakker en Bosman 2000, 78-80.

³ Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2007, 580.

⁴ Het hierna volgende is hoofdzakelijk gebaseerd op Bakker 2002c, 221 en 229.

⁵ Dit gold ook voor andere katholieke inrichtingen, zie bijvoorbeeld: Willemsen 1997, 336.

toe te laten. De broeder-overste maakte zich zorgen omdat hij bang was voor de sfeer in de instelling: de leken zouden de broeders verhalen vertellen over bioscoopbezoek op de vrije zondag en over de meisjes met wie ze uitgingen.¹

Of de patiënten veel gemerkt hebben van de komst van leken in de religieuze verpleging, is moeilijk vast te stellen. Het proces verliep druppelsgewijs en onder de patiënten was het aantal katholieken zelf ook aan het afnemen. Niet-katholieken zullen minder belang gehecht hebben aan de verzorging door religieuzen.²

Ook de komst van vrouwelijk personeel in de manneninrichting verliep druppelsgewijs. Volgens een destijds aldaar werkende broeder maakte ook dit voor de patiënten weinig verschil, ofschoon men zich er van tevoren nogal druk om gemaakt had.

Iedereen had daar schrik van, ‘als dat nou maar goed gaat’ en ‘als dat nou maar niet fout loopt’ en weet ik niet allemaal wat. Maar er gebeurde niks. Het liep geleidelijk over en de patiënten accepteerden een vrouwelijk personeelslid net zo gemakkelijk als een mannelijk personeelslid.³

Van de nood een deugd

In verschillende inrichtingen ging men het probleem van het personeelsgebrek te lijf door vaklieden aan te trekken die *feeling* hadden voor de psychiatrie, maar daarvoor geen opleiding genoten hadden, speciaal om de verpleging werk uit handen te nemen. In Wolfheze startte men er begin jaren vijftig mee. Het aanstellen van ‘leken’ (‘leek’ op het gebied van de psychiatrische verpleegkunde) had een belangrijk voordeel: de nieuwe werknemers hadden minder de neiging de patiënten als ‘zieke’ te beschouwen en deden meer een appel op hun ‘normale’ kanten. Zij legden in hun benadering ook meer nadruk op de opvoeding en dit paste goed in de visie van geneesheer-directeur Van der Drift.⁴ Van der Scheer roemde deze ontwikkeling, maar plaatste er tevens een kanttekening bij. De therapeutische waarde van de arbeid werd erdoor versterkt, vond hij, maar het werk van de verplegende werd er moeilijker door. Volgens hem moest er gezocht worden naar een juiste balans tussen de verplegenden en de vaklieden. Men mocht zich niet te gemakkelijk neerleggen bij het feit dat er te weinig sollicitanten waren die verpleger of verpleegster wilden worden.⁵

¹ Bakker 2002c, 221.

² Bakker 2002c, 221.

³ Br. Alberto van Rooij, geciteerd bij Bakker 2002c, 229.

⁴ Vijselaar 2007, 203.

⁵ NA 2.15.40 inv. nr. 1349, Verslag van de bijzonder adviseur, prof. dr W.M. van der Scheer van zijn bezoeken aan de psychiatrische inrichting Wolfheze, 2 en 3 september 1954.

Vanaf 1955 werden in Wolfheze ook vakkrachten met een opleiding in de muziek of creatieve vakken aangesteld. Zij kregen een intern opleidingstraject om te leren omgaan met psychiatrische patiënten.¹

Ervan uitgaande dat voorheen alleen gediplomeerd verplegenden werden ingeschakeld als leider bij de arbeidstherapie, hoefde het aanstellen van vaklieden niet per se tot een verhoging van de kosten hebben geleid, zo blijkt uit een vergelijking van de salarisregelingen van 1950.

Tabel VI-6

Overzicht jaarsalarissen in guldens (indien van toepassing: inclusief kost- en inwoning) van enkele personeelsgroepen van de inrichtingen aangesloten bij de VCV (1950)

	minimum	maximum
tuinman	2.676	3.000
1 ^e bakker, chef-kok, chef-monteur, leider plantsoendienst, magazijn-meester, 1 ^e schilder, 1 ^e slager, eerste timmerman, wasbaas	2.256	2.796
1 ^e kleermaker, 1 ^e schoenmaker, 1 ^e stoffeerder / matrassenmaker	2.256	2.580
bakker, barbier, elektricien-chauffeur, elektricien-monteur, leider bosdienst, loodgieter, metselaar, meubelmaker, schilder, smid, timmerman, 1 ^e tuinknecht	2.184	2.424
gediplomeerd verplegenden	1.848	3.204

Bron: HDCNP 501, inv. nr. 12, Salarisregeling 1950.

Het aanvangssalaris van gediplomeerde verplegenden lag lager dan dit van vaklieden, maar het hoogste salaris van gediplomeerde verplegenden lag hoger.

Behalve vaklieden, namen ook anderen de verplegenden het werk uit handen. Patiënten zelf werden als (mede-)leidinggevend ingeschakeld. Aanvankelijk alleen in de arbeidstherapie, maar later ook in de verpleging zelf. In Santpoort had men er tijdens de oorlog al enige ervaring mee opgedaan. Toen waren patiënten – wegens gebrek aan verplegend personeel – als hulp ingeschakeld bij de maaltijden en bij het verplegen van bejaarde patiënten. Het grotere gemeenschapsgevoel dat was ontstaan door de barre omstandigheden waaronder de patiënten als evacués in inrichtingen elders in het land leefden, droeg er mede toe bij dat dit mogelijk was. De gewoonte werd voortgezet toen de bewoners na de oorlog weer teruggekeerd waren in Santpoort. Ook in Duin en Bosch werden patiënten ingezet voor verpleegkundige taken, bijvoorbeeld als leidster bij de arbeidstherapie.²

In Wolfheze kregen patiënten ook verpleegkundige taken toegeschoven. Het paste goed in de methode die Van der Drift voorstond. Hij streefde immers naar een vergroting van de gemeenschapszin en het verantwoorde-

¹ Vijselaar 2007, 203.

² Blok 1997b, 170.

lijkheidsgevoel bij de patiënten.¹ Van der Scheer noemde dit al in 1951 en schreef er in 1952 over: ‘Door het inschakelen van de patienten bij al het werk, het medeleiding geven en het mede verantwoordelijk stellen is het gelukt de sterkte van het personeel te verkleinen.’²

Zo werd van de personeelsnood een deugd gemaakt voor de patiënten. De werkwijze werd ook in andere inrichtingen doorgevoerd en leidde samen met de al eerder beschreven herinvoering van de actievere therapie, de vernieuwingen in de huisvesting en de komst van psychofarmaca, tot een verandering in de sfeer van de inrichting.

Het personeelsprobleem blijft groot

De krapte op de arbeidsmarkt leidde voor verschillende beroepsgroepen tot betere arbeidsvoorwaarden, met als oogmerk het werk aantrekkelijker te maken en aldus meer personeel te vinden en te behouden. Dit gold voor de psychiatrische inrichtingen, waar de salarissen traditioneel zeer laag waren, misschien wel sterker dan in veel andere sectoren in de maatschappij. Een belangrijke verklaring voor de naoorlogse kosten- en tariefverhogingen in het inrichtingswezen wijst dan ook in de richting van de gestegen personeelslasten, niet als gevolg van *uitbreiding* van het personeel, maar vooral als gevolg van salarisverhogingen en stijgende sociale lasten. Deze effecten waren ook in de andere sectoren van de maatschappij te zien. In het inrichtingswezen werd ook werktijdverkorting toegepast en dit had nog een bijeffect: er was daardoor nóg meer personeel nodig. Het binnenhalen van leken in de breedste zin van het woord (dus behalve niet-religieuzen ook ‘leken’ op het gebied van de verpleging) werd daarom ook ingezet als middel tegen het tekort aan personeel. Dit bracht weer allerlei andere complicaties met zich mee.

Voor de patiënten hebben alle maatregelen bij elkaar genomen in ieder geval tot een verandering van sfeer in de inrichting geleid. Tot een volledige oplossing van het personeelsgebrek leidden de maatregelen echter niet; daarvoor was het probleem te groot.

§ 6. Van voor- en nazorg tot Sociaal Psychiatrische Dienst

Het werk van de voor- en nazorgdiensten was tijdens de oorlog vrijwel onmogelijk geworden door het gebrek aan vervoersmiddelen. In het laatste jaar van de oorlog werden ook de spreekuren bijna niet meer bezocht. ‘Honger, ziekte en dood eisten hun tol’, is het beeld dat opdoemt uit de jaarverslagen van voor- en nazorgdiensten uit die tijd en daarin verschilde

¹ Vijselaar 2007, 206.

² NA 2.15.40 inv. nr. 1349, Verslag van de bijzonder adviseur, prof. dr W.M. van der Scheer van zijn bezoeken aan de psychiatrische inrichting Wolfheze, 10 en 11 juni 1952.

de sector niet van wat er in sommige zwaar getroffen inrichtingen was gebeurd.¹ De diensten voor voor- en nazorg moest uit een diep dal klimmen. Zij werden hierbij - zoals we in hoofdstuk V hebben laten zien - geholpen door de provincies, die hun bijdrage aan gemeenten voor de verpleegkosten van psychiatrische patiënten kortten en met het overgebleven geld de voor- en nazorg mede konden subsidiëren. Hieronder proberen we aan te geven wat er met deze extra gelden gebeurde. Werd het aantal spreekuren uitgebreid? Kwam er meer personeel?

Groei

Na de bevrijding ontwikkelden de voor- en nazorgvoorzieningen zich verder in de richting die in de jaren dertig was begonnen (zie hoofdstuk IV). Er ontstonden nieuwe bureaus en in verschillende provincies (Overijssel, Groningen, Friesland en Gelderland) nam het provinciebestuur een coördinerende rol op zich.²

We lieten in paragraaf 1 al zien dat er in 1949 24 voor- en nazorgdiensten waren, die 82 spreekuren organiseerden. Eind jaren vijftig hield de Inspectie een inventarisatie. Hieruit bleek dat inmiddels vrijwel het gehele land was voorzien van voor- en nazorgdiensten.³ Het ging om in totaal dertig diensten. Eenderde van de diensten was verbonden aan kruisverenigingen (waarvan één in samenwerking met de provincie), zeven diensten maakten deel uit van een particuliere, confessionele organisatie, vijf gingen uit van een gemeentelijke gezondheidsdienst, drie waren rechtstreeks verbonden aan de provincie (één in samenwerking met kruisverenigingen) en twee behoorden nog bij een inrichting.⁴

De uitbreiding van het aantal diensten ging gepaard met veel improvisatie. Een citaat uit *Thuis opgenomen* over de geschiedenis van de sociale psychiatrie in Nederland, is veelzeggend.

Toen ik pas begon met die buitendienst heb ik aan alle kerkgebouwen in het Gooi een bord geplaatst: 'Iedereen die geestelijke moeilijkheden heeft, kan terecht bij...' en dan mijn naam. We hebben een hele tijd, van ongeveer 1951 tot ongeveer 1963, met z'n tweeën gewerkt, zuster Den Uyl en ik. Zelfs nadat de dienst wat officiëler was, met subsidies enzo, werd het niet groter.⁵

¹ Bakker, De Goei en Vijselaar 1994, 15.

² Bakker, De Goei en Vijselaar 1994, 16.

³ Van der Grinten 1987b, 172.

⁴ Bron: NA 2.15.40 inv. nr. 1123, Stukken betreffende een enquête onder sociaal-psychiatrische diensten om te komen tot een uniforme subsidieregeling voor de diensten van voor- en nazorg ten behoeve van volwassen geestelijk hulpbehoevenden, 1957-1958.

⁵ A.J. van de Graaff, geciteerd in Bakker, De Goei en Vijselaar 82.

Zo'n uit twee personen bestaande dienst als in het citaat hierboven had natuurlijk geen tijd om zich om de registratie van de door hen behandelde patiënten te bekommeren. Hoeveel patiënten de diensten in deze tijd in behandeling hadden, is dan ook niet precies te achterhalen. Voor zover de gegevens werden bijgehouden, was de registratie overal verschillend.¹ Het heeft dus niet veel zin de gegevens van één of enkele bureaus weer te geven, temeer daar het bijvoorbeeld onduidelijk is in hoeverre behandelcontacten die eenmaal waren gestart, ooit van de lijst waren gehaald. Begin jaren vijftig waren er bij de voor- en nazorgdienst van de SGV bijvoorbeeld ruim 9.000 patiënten ingeschreven, oftewel iets minder dan 1 procent van de Noord-Hollandse bevolking.² Dit aantal was echter een optelsom van alle ingeschrevenen vanaf het begin van de dienst en vertelde dus niets over de werkelijke omvang van de hulpverlening in die tijd. Pas decennia later werd dit verschijnsel gesignaleerd, en als probleem gedefinieerd. In hoofdstuk VIII gaan we hier dieper op in.

Hoewel dit dus moeilijk met cijfers te onderbouwen is, is de gedachte vrij algemeen dat het aantal patiënten dat onder behandeling was bij de voor- en nazorg, vanaf midden jaren vijftig sterk ging groeien.³ Het aantal patiëntcontacten van de SGV steeg tussen 1949 en 1954 bijvoorbeeld van 1284 naar 4362, terwijl het aantal in 1959 al 6182 bedroeg (zie ook grafiek VI-12). Naar eigen zeggen was de stijging grotendeels het gevolg 'van de steeds hechter wordende samenwerking met huisartsen, sociale diensten, psychiatrische inrichtingen etc.', terwijl daarnaast particulieren zich steeds vaker als hulpvrager meldden.⁴

Verzwarende van de nazorgtaken

De toename van het aantal hulpverleningscontacten hing ook samen met een andere ontwikkeling. De diensten van de voor- en nazorg waren van oudsher, zoals we weten, nauw verbonden met wat er in de inrichtingen gebeurde. Kijken we terug naar de opname- en ontslagcijfers van de inrichtingen (paragraaf 1), dan zien we onder meer een toename van het aantal ontslagen uit de inrichtingen. Dit duidt direct op een toenemende activiteit in de sfeer van de nazorg.

Een en ander hield verband met twee hierboven reeds beschreven veranderingen in het therapeutisch 'regime' in de inrichtingen: de hernieuwde interesse voor de actievere therapie, met name de socialiserende aspecten daarvan, en de ontwikkeling van de psychofarmaca in de jaren vijftig.

¹ Zie hoofdstuk VIII, maar ook: NHA 380 inv. nr. 1, Jaarverslag SGV 1946-1947, 12-14.

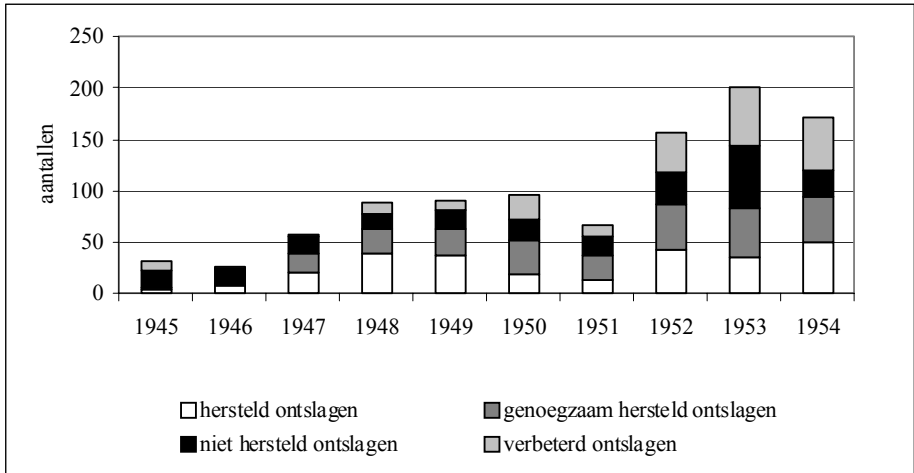
² SGV s.a. [ca. 1965], 9.

³ Bakker, De Goei en Vijselaar 1994, 20.

⁴ NHA 380 inv. nr. 1, Jaarverslag SGV 1953, 6.

Beide ontwikkelingen zorgden ervoor dat patiënten eerder uit de inrichting ontslagen werden. De (ex-)patiënten waren na hun ontslag aan de zorg van de voor- en nazorgbureaus toevertrouwd, die er onder andere op moesten toezien dat zij hun medicijnen op tijd innamen.¹ Op inrichtingsniveau zag dit er als volgt uit (het voorbeeld betreft Wolfheze):

Grafiek VI-11
Ontslagcijfers per jaar Wolfheze (1945-1954)



Bron: VCV s.a. [1946-1955].

Uit deze cijfers blijkt dat vanaf 1952 het aantal ontslagen uit de inrichting toenam, maar dat de patiënten die de inrichting verlieten, lang niet allemaal als (genoegzaam) hersteld waren vertrokken. Sterker nog: de groei van het aantal ontslagen patiënten was voor een groot deel te danken aan de groter wordende groep patiënten die als niet hersteld, of slechts verbeterd werden beschouwd. Nu bestaat er over het begrip ‘herstel’ in de psychiatrie alleen al een berg literatuur, ook in de jaren vijftig waren de geleerden het allerminst eens over wat men als ‘herstel’ moest zien bij (ex-)psychiatrische patiënten. Deze cijfers wijzen er echter toch vrij zeker op dat de druk op de nazorg in de loop van de jaren vijftig toenam.²

Voor- en nazorg wordt Sociaal Psychiatrische Dienst

Ook de voorzorgactiviteiten van de bureaus namen toe. De diensten kregen gaandeweg een bredere ambulante functie, waarbij het zwaartepunt van de werkzaamheden van de voor- en nazorgdiensten verschoof in de

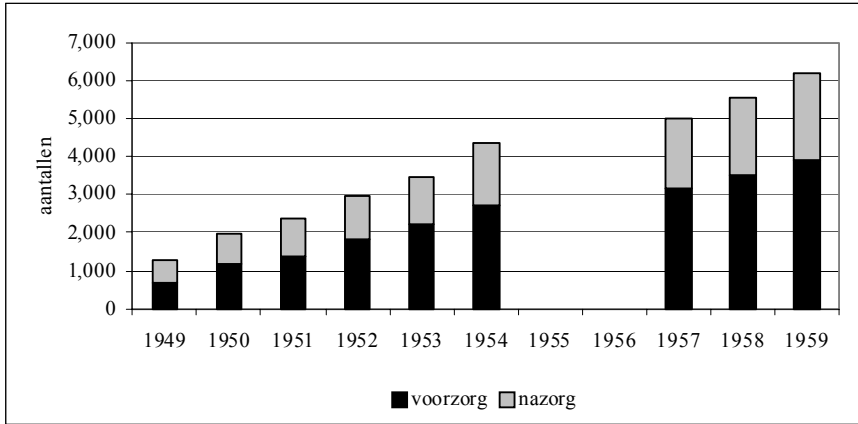
¹ Bakker, De Goei en Vijselaar 1994, 20.

² Voor discussies over het begrip ‘herstel’ zie onder meer Bakker en De Goei 2002a, 113-114; Bakker en De Goei 2002b, 166-167.

richting van de voorzorg.¹ Dit gold voor de meeste voor- en nazorgdiensten in het land en kunnen we aan de hand van de gegevens van de SGV in grafiek VI-12 laten zien. Het aantal nazorgcontacten nam in de eerste helft van de jaren vijftig relatief snel toe. In de tweede helft van de periode was de groei veel minder groot. Het aantal voorzorgcontacten bleef in hetzelfde tempo stijgen.

Grafiek VI-12

Aantal voor- en nazorgcontacten van de SGV (1949-1959)



Bron: NHA 380, inv. nr. 1, Jaarverslagen 1949-1959.

T.E.D. van der Grinten noemde in zijn proefschrift over de totstandkoming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg (1987) vier samenhangende factoren die deze verschuiving - die in de jaren zestig gewoon verder ging - beïnvloedden. Ten eerste was er een verandering van clientèle: aanvankelijk waren het vooral verstandelijk gehandicapten en (ex-)psychiatrische patiënten die bij de diensten werden aangemeld, na verloop van tijd nam het aantal mensen toe dat met gedragsproblemen, huwelijks- en gezinsmoeilijkheden, of problemen op het werk bij de voor- en nazorgdiensten aanklopten.

Doordat er in de loop der tijd andere voorzieningen tot stand kwamen die zich juist met de oorspronkelijke clientèle bezighielden, zoals sociale diensten, sociale werkplaatsen, verpleegvoorzieningen voor bijvoorbeeld verstandelijk gehandicapten, konden de voor- en nazorgdiensten konden op deze hulpvragen ingaan. Dit was de tweede factor. Hierbij dient overigens te worden aangetekend dat het gebrek aan voorzieningen op bijvoorbeeld het gebied van de verpleeghuiszorg, kon leiden tot een grote ‘ver-

¹ Van der Grinten 1987b, 184.

stopping' bij de voor- en nazorg. Dit speelde in elk geval in Noord-Holland een grote rol, zoals blijkt uit de jaarverslagen van de SGV.¹

De derde factor was het feit dat de voor- en nazorgdiensten ook inhoudelijk en wat betreft samenstelling van het personeelsbestand in de gelegenheid waren hun aanbod aan te passen op de nieuwe cliëntengroepen. De kennis over sociale aspecten van psychiatrische stoornissen was toegenomen, er waren nieuwe behandelingsmethodieken ontstaan (onder andere het *social case work*) en naast de psychiater en de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige had hier en daar ook de psycholoog en de maatschappelijk werker zijn intrede gedaan in voor- en nazorgteams.² Dit laatste element was eind jaren vijftig overigens nog nauwelijks aan de orde. In de inventarisatie van de Inspectie van 1959 is sprake van niet meer dan drie psychologen in de voor- en nazorg en maatschappelijk werkers werden niet gemeld.³

Ten slotte speelde mee dat de voor- en nazorgdiensten zich onafhankelijker gingen opstellen tegenover de psychiatrische inrichtingen. Van der Grinten, die voor zijn dissertatie de verslagen van vele voor- en nazorgdiensten bestudeerde, constateerde op grond van deze stukken dat de zelfstandige diensten zich ook bij gebrek aan medewerking van de inrichtingen op de andere cliëntengroepen gingen richten.

De onderlinge verwevenheid van de door Van der Grinten genoemde factoren is heel sterk; oorzaak en gevolg kunnen niet goed van elkaar worden onderscheiden. Maar het beeld dat uit het bovenstaande oprijst is duidelijk: de voor- en nazorgdiensten zich begonnen los te maken van de inrichtingen. Dit werd mede zichtbaar in het feit dat zij zich in toenemende mate tooiden met de naam Sociaal Psychiatrische Dienst (SPD), waarbij de suggestie dat tussen de voorzorg en de nazorg een psychiatrische opname zou kunnen plaatsvinden, geheel is verdwenen.

Personeelstekort en werkdruk

Niet het minst belangrijke aspect van de hierboven gesignaleerde transformatie betreft de personeelsbezetting. De uitbreiding van werkzaamheden vereiste immers ook de inzet van meer personeel. Dit was, zoals bekend, een van de grote problemen waarmee de hele GGZ-sector kampte. Personeelstekorten waren bij de voor- en nazorgdiensten tot ver in de jaren zestig een terugkerend thema.

¹ NHA 380 inv. nr. 1, Jaarverslagen SGV.

² Van der Grinten 1987b, 185.

³ NA 2.15.40 inv. nr. 1123, Sociaal Psychiatrische Diensten, overzicht van de huidige en toekomstige personeelsbezetting en de uitgaven aan salarissen in 1959. Mogelijk figureerden maatschappelijk werkers in de andere categorieën (assistenten, administratief personeel of sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen).

Bij de SGV werd in 1949 het voor- en nazorgwerk verricht door 30 mensen (21 verpleegsters, 1 fulltime en 8 parttime zenuwartsen), die samenconsultatiebureaus leidden en spreekuur hielden in 33 plaatsen. De stichting kwam eigenlijk 2 fulltime zenuwartsen te kort, maar, zo berichtte men in een brochure, het was moeilijk voldoende zenuwartsen te krijgen: er was krapte op de markt.¹ Uit de inventarisatie van de Inspectie, waaraan wij hierboven ook even refereerden, bleek dat er tien jaar later 33 personen werkzaam waren, maar dat er nog altijd drie medewerkers tekort waren: een fulltime psychiater en twee verpleegsters.²

Het aantal medewerkers was dus toegenomen, maar het was nog altijd niet genoeg. De SGV stond hierin bepaald niet alleen. Hoewel er geen cijfers over de toename van het personeel vanaf de Tweede Wereldoorlog beschikbaar zijn, mogen we aannemen dat de uitbreiding van het aantal spreekuren en huisbezoeken ook bij de andere diensten gepaard ging met een toename van het aantal medewerkers. Van der Grinten berekende dat in 1952 ongeveer 122 personen werkzaam waren in de voor- en nazorg (exclusief administratieve ondersteuning). Hiervan was bijna de helft arts (21 in vaste dienst en 37 op uurbasis), de overigen waren verpleegkundigen.³ Uit de inventarisatie van de Inspectie blijkt dat het aantal medewerkers in 1959 met iets meer dan een derde was gegroeid. Van de 194 getelde personen (zes diensten hadden geen gegevens aangeleverd) was nog altijd meer dan de helft (101) werkzaam als verpleegster, 60 medewerkers waren als psychiater fulltime (18) of parttime (38) of als assistent-geneesheer (4) verbonden aan de diensten en er waren rond de 30 administratieve medewerkers werkzaam. Volgens de opgave waren er op korte termijn nog zo'n zeventig medewerkers nodig. Het ging voor de helft om verpleegsters, maar er moesten ook nog zo'n twintig psychiaters bij. De totale kosten voor deze op korte termijn gewenste uitbreiding bedroegen ruim zeven ton.⁴

Uit deze opsomming mag blijken dat vooral het gebrek aan psychiaters voor hoofdbrekers moet hebben gezorgd. Het aantal aan de voor- en nazorg verbonden psychiaters was tussen 1952 en 1959 nauwelijks toege-

¹ SGV s.a. [ca. 1965], 9.

² NA 2.15.40 inv. nr. 1123, Sociaal Psychiatrische Diensten, overzicht van de huidige en toekomstige personeelsbezetting en de uitgaven aan salarissen in 1959. N.b. Volgens het eigen jaarverslag werkten er in 1959 47 personen bij de SPD van de SGV. (NHA 380 inv. nr. 1, Jaarverslag SGV 1959.) Waar dit verschil door wordt veroorzaakt, is moeilijk na te gaan. Misschien werden de medewerkers die deels ook voor de MOB's werkten in de ene telling wel en in de andere telling niet meegeteld, of werden de aan de Inspectie doorgegeven aantallen bewust lager opgegeven dan de werkelijke aantallen.

³ Van der Grinten 1987b, 173.

⁴ NA 2.15.40 inv. nr. 1123, Sociaal Psychiatrische Diensten, overzicht van de huidige en toekomstige personeelsbezetting en de uitgaven aan salarissen in 1959.

nomen, het gebrek eraan was groot. Dit zou onder andere te maken kunnen hebben met de status van het sociaal-psychiatrische werk. Onder psychiaters stond de voor- en nazorgtaak niet hoog in aanzien. Aan de universiteiten bestond er geen opleiding voor (tot 1960). Aan ‘brandjes blussen en puin ruimen’ viel weinig eer te behalen, vond men. En het werk betaalde slecht.¹ Ter vergelijking: een fulltime psychiater bij een voor- en nazorgdienst kreeg in 1959 ongeveer f18.000,- per jaar. Een collega die voor een van de VCV-inrichtingen werkte, verdiende in 1957 al f1.000,- méér. Was hij ook nog geneesheer-directeur, dan was het verschil f5.000,-. Feitelijk kreeg een psychiater die werkte bij een voor- en nazorgdienst hetzelfde salaris als een niet-gespecialiseerde arts in de inrichtingspsychiatrie.²

Sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen waren iets gemakkelijker te werven. Anders dan de psychiaters hadden zij wel de beschikking over een toegepaste opleiding (in de vorm van een opeenstapeling van cursussen) van waaruit ze het werkveld konden betreden.³ Hun werk was zelfstandiger en stond vermoedelijk veel hoger in aanzien dan dat van hun verpleegkundige collega’s in de inrichting. En het werd ook (veel) beter betaald. Een hoofdverpleegster of –verpleger van de VCV kreeg in 1957 tussen de f3.600,- en f6.600,- per jaar inclusief kost- en inwoning; een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige kreeg in dezelfde tijd ongeveer f7.000,- per jaar.⁴ Ondanks dit alles was er een gebrek aan sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen. Dit had echter te maken met het gebrek aan budget om meer mensen aan te trekken voor dit werk. De groeiende toeloop naar de bureaus veroorzaakte daardoor een steeds groter wordende werkdruk. Uit jaarverslagen van voor- en nazorgdiensten blijkt dat een *case load* van driehonderd patiënten lange tijd geen uitzondering was.⁵ Wat dit betekende, kunnen we in het jaarverslag van de SGV van 1961 lezen:

In het district Alkmaar werken 4 zusters. Op een bepaalde dag houdt één der verpleegsters met de rayonarts spreekuur op één der buitenposten, een ander heeft een transport van een patiënt naar een in het zuiden van het land gelegen inrichting, de derde

¹ Bakker, De Goei en Vijselaar 1994, 19.

² HDCNP 501 inv. nr. 12, Salarisregeling VCV, 1957; NA 2.15.40 inv. nr. 1123, Sociaal Psychiatrische Diensten, overzicht van de huidige en toekomstige personeelsbezetting en de uitgaven aan salarissen in 1959.

³ Bakker, De Goei en Vijselaar 1994, 19, 71.

⁴ HDCNP 501 inv. nr. 12, Salarisregeling VCV, 1957 (het eerste bedrag is het aanvangssalaris, het tweede het maximum); NA 2.15.40 inv. nr. 1123, Sociaal Psychiatrische Diensten, overzicht van de huidige en toekomstige personeelsbezetting en de uitgaven aan salarissen in 1959.

⁵ Bakker, De Goei en Vijselaar 1994, 19.

is aanwezig bij een zeer onrustige patiënte waarvoor een opname voorbereid wordt, de stukken moeten getekend worden enz., terwijl de vierde juist een slapeloze nacht had, doordat zij een wegzwerfend kind opgevangen heeft en met de ouders overlegt wat verder te doen. Op het bureau worden achtereenvolgens gemeld: een suicide, een uit een inrichting in het zuiden ontvluchte patiënte die liftend haar weg naar Alkmaar vond, ofschoon niet uit onze provincie afkomstig, en op het politiebureau werd afgeleverd, en voorts een drietal patiënten met acute moeilijkheden die zich persoonlijk op het stichtingsbureau meldden. Gelukkig kunnen verschillende zaken provisioneel door de bureauchef van de sociaal psychiatrische dienst, die tevens maatschappelijk werker is, worden afgedaan, maar ideaal is een dergelijke toestand niet.¹

Niet alle dagen op het Alkmaarse SPD-bureau waren zo als hierboven geschetst, maar het kwam wel vaker voor dat het bureau verregaand onderbemand was.

Zo kunnen we vaststellen dat het tekort aan medewerkers bij de voor- en nazorg een iets ander karakter had dat het personeelsgebrek in de psychiatrische inrichtingen. In de inrichtingen bestond vooral gebrek aan verpleegkundigen, bij de voor- en nazorgdiensten ging het vooral om een tekort aan psychiaters. De beloning en de status van het werk (voor psychiaters in de inrichting hoger; voor verpleegkundigen in de inrichting lager dan bij de voor- en nazorg) hingen hier hoogstwaarschijnlijk nauw mee samen.

Niet genoeg

Om de achterstanden ten opzichte van andere beroepsgroepen en ten opzichte van inrichtingspsychiaters in te lopen, of in ieder geval niet groter te laten worden, moesten er dus personeelsmaatregelen worden genomen in dezelfde sfeer als bij de inrichtingen. Vermoedelijk kwam dan ook een deel van het extra geld dat beschikbaar gesteld werd voor de voor- en nazorg, direct ten gunste van zaken die met de gewenste personeelsuitbreiding niets te maken hadden: de komst van sociale voorzieningen. De ontwikkeling die in grafiek VI-10 werd geschetst voor het personeel van bijvoorbeeld Wolfheze, namelijk de sterke groei van de post 'pensioenen en sociale verzekeringen', ging na 1950 namelijk ook gewoon door en deze zal natuurlijk eveneens van toepassing zijn geweest op het personeel dat werkzaam was in de voor- en nazorg.²

¹ NHA 380 inv. nr. 1, Jaarverslag SGV 1961, 33.

² Zoals we bij grafiek VI-10 reeds vermeldden, werd vanaf 1950 met de organische bedrijfsrekening

Misschien was het dweilen met de kraan open. De inventarisatie van de Inspectie, waaruit in het voorgaande meermalen geput is, wekt in elk geval wel deze indruk. Maar zeker weten doen we het niet. Zoals aan het begin van deze paragraaf al duidelijk werd gemaakt, werden er geen adequate registraties bijgehouden van de werkzaamheden en het aantal patiënten dat in behandeling was. Een mogelijke relatie tussen veranderingen hierin en de groeiende geldstroom is daardoor ook niet zonder meer vast te stellen. In hoofdstuk VIII zal nog uitgebreid aandacht worden geschonken aan deze kwestie.

Wat uit dit alles wel moge blijken, is dat de subsidiestromen richting de voor- en nazorg weliswaar groeiden en er ook meer personeel kon worden ingezet. Onder invloed van de vier hierboven beschreven onderling samenhangende factoren was de toeloop van cliënten naar de bureaus echter veel groter geworden. De werkdruk voor het personeel groeide daardoor eveneens en het ligt voor de hand dat de cliënten van de voor- en nazorg daarvan hinder ondervonden.

§ 7. De MOB's doorgelicht

In 1933 waren de MOB's naar eigen zeggen al een 'officieel erkende, factor in de geestelijke gezondheidszorg geworden'.¹ Deze woorden waren een beetje voorbarig, want eind jaren dertig waren er nog altijd maar zeven 'officiële' MOB's. De NFMOB had voor kwaliteit in plaats van kwantiteit gekozen, vooral op het gebied van de (multidisciplinaire) personeelsbezetting. Alleen bureaus met de juiste personeelsformatie - waaronder de heel moeilijk te krijgen psychiatrisch sociaal werksters - mochten zich MOB noemen. Vooralsnog betekende dit dat het aantal MOB's lange tijd beperkt bleef. Na de oorlog veranderde er echter veel. Nadat de NFMOB heel hard aan de bel getrokken had bij de rijksoverheid, kreeg de sector veel geld via het Praeventiefonds en werden de MOB's als eerste met een structurele rijkssubsidieregeling verblijd. In deze paragraaf laten we zien wat er in de praktijk veranderde als gevolg van de regelingen. We kijken naar de omvang, de spreiding en het personeel. We besteden daarbij expliciet aandacht aan de rommelige structuur die de sector kenmerkte.

In de lift

Na de oorlog nam het aantal MOB's langzaam maar zeker toe. In 1948 waren er nog altijd maar acht, plus acht katholieke bureaus die het predikaat MOB zouden kunnen verdienen, maar niet bij de Federatie waren

gewerkt, waarbij de kosten per dienst werden gegroepeerd. Salariskosten werden niet meer apart in de jaarcijfers vermeld.

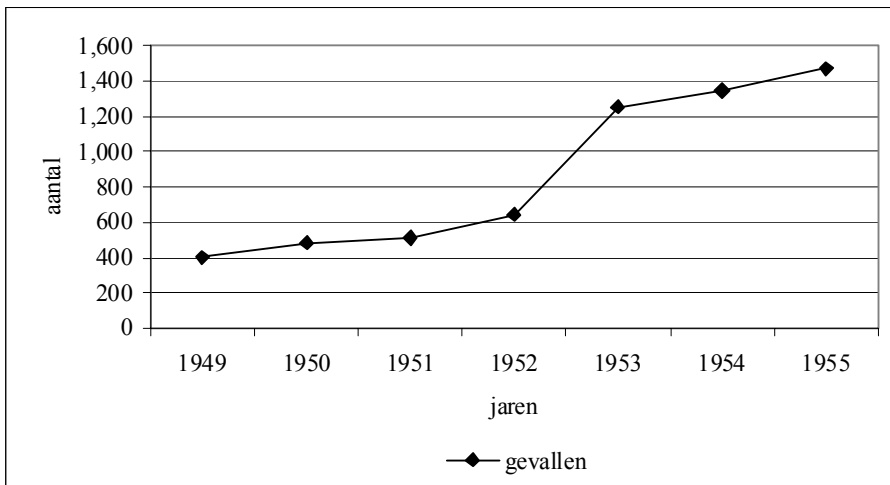
¹ NA 2.19.146 inv. nr. 48, Jaarverslag NVBCMK 1933, 8.

aangesloten. Vier jaar later waren er vijftien officiële MOB's, die op achtien plaatsen in het land spreekuur hielden.¹ Behalve deze, waren er nog zes MOB's die uitgingen van de Noord-Hollandse SGV en acht katholieke MOB's². Alle bureaus samen beschikten over 175 personeelsleden en de omvang van de kosten bedroeg in 1952 f710.000,-.³

Het CBS telde in dat jaar 61 bureaus die zich met opvoedingsmoeilijkheden bezighielden, inclusief de 29 hierboven genoemde MOB's. Onder de overige 32 bureaus waren onder andere de eenvoudige, niet door de NF-MOB erkende consultatiebureaus en de pedologische instituten begrepen. In al deze bureaus tezamen werkten 255 mensen, onder wie 103 (meest parttime werkende) artsen en 77 (psychiatrisch) sociaal werkers, die doorgaans fulltime in dienst waren. Zij hadden dat jaar ruim achtduizend aanmeldingen gehad, waarvan er 645 door de drukte niet direct in behandeling genomen kon worden. Aan het einde van het jaar waren 6.695 'gevallen' afgehandeld met een rapport, een advies, een psychiatrische behandeling of sociale behandeling, of een doorverwijzing.⁴

Grafiek VI-13

Aantal aangemelde 'gevallen' bij 42 tot 61 door het CBS getelde bureaus voor opvoedingsmoeilijkheden dat wegens overbelasting van deze bureaus (nog) niet in behandeling genomen kon worden (1949-1955)



Bron: CBS [1949-1955a].

¹ Van der Grinten 1987b, 188-189 en 206.

² Wanneer deze acht precies tot stand gekomen zijn, is niet duidelijk. In de tijd dat de katholieke tegenhanger van de NFMOB – het Centrum Katholieke MOB's - richtlijnen voor katholieke MOB's opstelde, waar deze acht bureaus aan voldeden, bestonden ze al. (Van der Grinten 1987b, 208.)

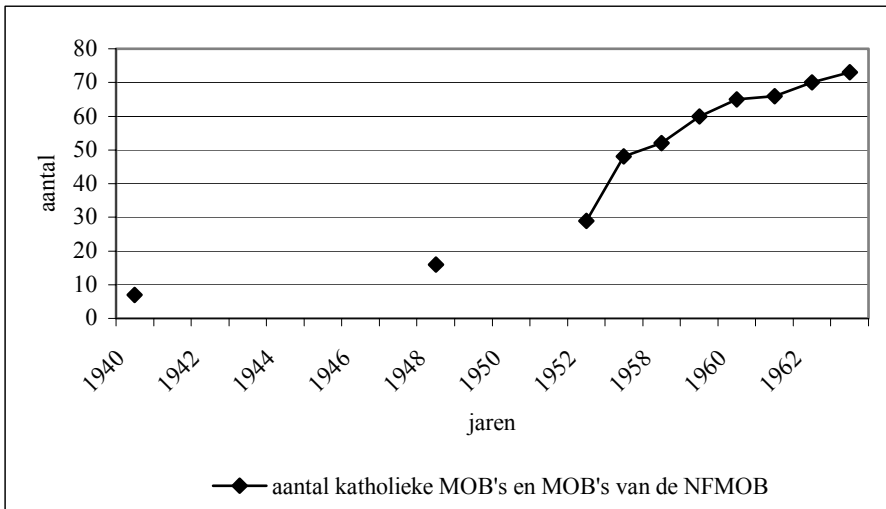
³ Van der Grinten 1987b, 208.

⁴ CBS 1952a, 31.

Een snelle rekensom laat zien dat het aantal ‘gevallen’ dat niet behandeld werd, toenam en dat was ook zo. Het is niet bekend of er met wachtlijsten werd gewerkt en zo ja, hoe lang het dan duurde voordat een ‘geval’ in behandeling werd genomen

Het aantal MOB's bleef ondertussen stijgen. Het CBS registreerde vanaf 1956 de MOB's wel apart en aan de gegevens valt af te lezen dat er een duidelijke toename plaatsvond.¹ Begin jaren zestig (1963) waren er 73 MOB's, die ruim 7.000 kinderen per jaar in onderzoek hadden. Over het merendeel van de ‘gevallen’ werd een eenmalig advies verstrekt of rapport opgemaakt. Pakweg 1.000 kinderen per jaar werden psychiatrisch behandeld. In die tijd bedroegen de kosten bijna 5 miljoen gulden. Dit was meer dan twee keer zoveel als in 1957. Per hoofd van de bevolking groeiden de reële kosten in deze periode anderhalf keer.²

Grafiek VI-14
Aantal MOB's in Nederland (1940-1963)



Bron: Van der Grinten 1987b, 206 (1948) en 208 (1940 en 1952) en CBS [1956-1963a].

¹ CBS [1949-1966a].

² CBS 1960a, 52; CBS 1966a, 29 en 60.

Uit de praktijk

Nauwelijks is de psychiatrisch-sociale werkster 's morgens op haar bureau gekomen, of er is een telefoon van Piet's moeder: Daar heeft me die jongen toch gisteravond met een paar andere jongens ingebroken bij Albert Heyn en een kist met chocoladerepen leeggestolen; zij werden op heterdaad betrapt en naar het politiebureau gebracht. [...] Toevallig is juist gisteravond dit geval op de stafbespreking geweest. De conclusie was, dat dit milieu de jongen geen goede ontwikkelingskansen biedt. [...] De beste oplossing lijkt te zijn hem te plaatsen in een [...] groot pleeggezin, waar hij hartelijkheid en leiding zal vinden, en waar men de jongen misschien nog zal kunnen opvangen. [...] Doch dit kan niet allemaal over de telefoon worden bepraat; dus maakt de maatschappelijk werkster een afspraak met moeder voor een andere tijd om dit alles eens rustig te bespreken.

Zo begon een werkdag op een MOB in 1947 ergens in het land. Behalve dit geval werden er die dag door de (psychiatrisch) maatschappelijk werkster en de secretaresse nog enkele per post of telefoon afgehandeld, er was contact met de voogdijraad (waarvoor een flinke wachtlijst bestond), de psychologe deed een anamnese, de maatschappelijk werkster ging bij een school op bezoek en 's middags werden er enkele gesprekken gehouden en vond er een behandeling plaats. Hierbij was de psychiater betrokken. De laatste patiënt van de middag was een sterk verwaarloosd rijkeluisjochie, dat door de chauffeur werd gebracht omdat moeder naar de kapper moest. De jongen had zich bezig gehouden met brandstichting, snoepen, liegen, spijbelen en seksuele spelletjes en na het eerste gesprek met de psychiater wachtte hem een lichamelijk onderzoek door de kinderarts en een testonderzoek bij de psycholoog, alvorens hij weer met de psychiater in contact zou komen.¹

Uit de beschrijving worden verschillende dingen duidelijk. Allereerst valt op dat er weinig mensen werkten op het bureau. De (psychiatrisch) maatschappelijk werkster en de administratief medewerkster deden bijna alles met z'n tweeën, de psychologe en de psychiater werkten er blijkbaar niet fulltime en de kinderarts was die dag niet aanwezig en zal dus ook niet fulltime aan het bureau verbonden zijn geweest. Verder valt op dat de (psychiatrisch) maatschappelijk werkster ook allerlei administratieve taken uitvoerde, zoals telefoon- en postafhandeling en dat zij de psychiater ook werk uit handen nam. De taken liepen door elkaar.

¹ N.n. 1947.

Het MOB was vooral op preventie gericht, uitgaande van de gedachte dat in een vroeg stadium hulp bieden erger kon voorkomen. De behandelingen konden wat betreft duur en intensiteit sterk verschillen, net als het prijskaartje dat eraan hing. De werkwijze van de MOB's was in elk geval niet goedkoop: er kwam een heel team van hoog opgeleid personeel aan te pas voordat er ook maar een diagnose kon worden gesteld. Niettemin benadrukte de overkoepelende organisatie van MOB's dat de hulp nog altijd veel goedkoper was dan de andere vormen van hulpverlening waarmee de betreffende kinderen anders te maken zouden krijgen, zoals een rijksgeesticht of een observatiehuis.¹ Wat men er niet bij vertelde was dat het MOB er onder meer voor zorgde dat de kinderen juist via de bemiddeling van het bureau uiteindelijk vaak in die instellingen terecht kwamen...²

Financiële nood leidt tot onderzoek

In hoofdstuk V kwam al aan de orde dat de MOB's constant geldgebrek hadden. De subsidie van het Prophylaxefonds had wel enige verlichting gebracht, maar aan het einde van de Tweede Wereldoorlog was de financiële nood zo hoog opgelopen dat de bureaus te Haarlem en Leiden met een faillissement werden bedreigd. Met dit argument wendde de NFMOB zich tot het rijk, waarna een extra subsidie van het Prophylaxefonds van f18.000 de sluiting van de bureaus voorkwam. Het Prophylaxefonds liet echter wel meteen weten dat dit een eenmalige bijdrage was. De NFMOB drong aan op een definitieve financieringsregeling, bij voorkeur via de rijksoverheid. Zo'n regeling moest recht doen aan 'de omvang der werkzaamheden' van de bureaus en een vaste inkomensbasis bieden, opdat de bureaus 'niet in voortdurende onzekerheid zouden blijven leven' en toekomstplannen konden maken.³

Naar aanleiding van een bespreking op het Ministerie van Sociale Zaken werd een ministeriële commissie benoemd bestaande uit inspecteur P.A.F. van der Spek, F.A. Peet, hoofd accountantsdienst van het departement en J. Meubelblok, hoofdcommissies bij Afdeling Volksgezondheid.⁴ Deze commissie kreeg tot taak een rijksfinancieringsregeling te ontwerpen.⁵ Ten behoeve hiervan moesten de MOB's worden doorgelicht. De onderzoeken, die uitmondten in verschillende rapporten, kunnen we achteraf

¹ NA 2.19.146 inv. nr. 46, Jaarverslag NVBCMK, 12-13.

² Met dank aan Harry Oosterhuis voor dit inzicht.

³ NA 2.19.146 inv. nr. 58, Jaarverslag NFMOB 1947, 5.

⁴ Door verschillende praktische omstandigheden - een ministerwisseling, de plotseling vervroegde behandeling van de begroting van Sociale Zaken in de Kamer en de Indonesische Kwestie - was het overleg telkens uitgesteld, hetgeen iets lijkt te zeggen over het belang dat op departementaal niveau aan de MOB's werd gehecht. Dit strookt niet met de bewering dat de MOB's direct na de oorlog volledige maatschappelijke erkenning hadden gekregen.

⁵ NA 2.19.146 inv. nr. 59, Jaarverslag NFMOB 1948, 5-6.

gezien om twee redenen als ‘belangrijk’ bestempelen.¹ Ten eerste geven de uitkomsten een interessante kijk achter de schermen van de MOB’s, vergelijkbaar met de onderzoeken van de commissie-Frederiks waarover we in hoofdstuk IV hebben gerapporteerd. Ten tweede kunnen we zien dat als gevolg van de onderzoeken de bureaus in de loop der jaren meer aandacht zijn gaan schenken aan zaken als standaardisering van de hulpverlening, vergelijkbaar met het effect van de *Kostende prijs*. Twee zaken die we bij het inrichtingswezen al eerder hebben gezien, vinden we dus nu terug bij de MOB’s. Dit zullen wij hieronder uit de doeken gaan doen.

De eerste ronde

Het eerste onderzoek onder de MOB’s vond plaats in 1949.² Bedoeling van het onderzoek was niet om opzienbarende feiten aan het licht te brengen, noch om de kwaliteit van de bureaus te beoordelen door te kijken naar de wetenschappelijke waarde of de resultaten van onderzoek en behandeling. Waar het onderzoek zich wel op richtte, was de tijdsinvestering van de contacten en de daaraan verbonden kosten. Daar konden ‘belangrijke vergelijkingsmogelijkheden’ aan worden ontleend.

Per bureau werden honderd ‘gevallen’ - dat wil zeggen: ‘bemoeiingen met een kind, met als minimum een onderzoek gevolgd door een mondeling of schriftelijk uitgebracht advies’ - geanalyseerd. Uitgezocht werd hoeveel uren besteed werden aan direct contact met het kind (en eventueel met ouders / instanties over het kind), hoeveel tijd er gemoeid was met het onderzoek, de stafbespreking, het uitbrengen van het advies, het schrijven van een rapport en de uiteindelijke behandeling, welke stafleden erbij betrokken waren en wie of welke instantie de behandeling betaalde. Ten slotte moest een schatting worden gemaakt van de ‘betrekkelijk productieve tijd’ van de stafleden (artsen/psychiaters, psychiatrisch sociaal werkers en psychologen) in de vorm van administratie, telefoon, algemene leiding, reistijd enzovoort. Dit alles gemeten aan de hand van de agenda’s van de betrokken stafleden.

¹ Het betreft in elk geval de volgende rapporten: NA 2.19.146 inv. nr. 139, Rapport inzake de duur en de kosten van onderzoek bij een aantal Medisch-Opvoedkundige Bureaus alsmede het verslag van het controle-onderzoek, 1949. (hierna: Rapport 1949); ibidem inv. nr. 141, Aanvullend rapport op het rapport van het tijd- en kostenonderzoek MOB’s, 1951-1952; ibidem inv. nr. 146, Vergelijkend onderzoek Medisch Opvoedkundige Bureaus 1956/’57. Rapport AA 938 van de Nederlandse Stichting voor Statistiek houdende de eindconclusies van het onderzoek, 1959.

² De onderhavige subparagraaf is gebaseerd op NA 2.19.146 inv. nr. 139, Rapport inzake de duur en de kosten van onderzoek bij een aantal Medisch-Opvoedkundige Bureaus alsmede het verslag van het controle-onderzoek, 1949, tenzij anders vermeld.

Zeven bureaus deden mee aan het onderzoek: Amsterdam, Den Haag, Haarlem, Leiden, Rotterdam, Utrecht en Zaandam.¹ Uit het onderzoek bleek dat er geweldige verschillen bestonden tussen de bureaus wat betreft de tijdsduur van de bemoeienissen. Drie bureaus kwamen enigszins overeen, maar bij drie andere bureaus was er een afwijking (omhoog dan wel omlaag) van dit ‘gemiddelde’ van 25 tot 100 procent. Bij de beschouwing van de ‘betrekkelijk productieve tijd’ van de psychiaters viel het op dat vooral de reistijd een grote rol speelde. In Den Haag moest de psychiater zich ook bezighouden met veel administratieve zaken. Verder zagen de rapporteurs dat het uitwerken van tests veel tijd vergde. De maatschappelijk werkers besteedden in alle bureaus per uur contact met een cliënt ongeveer een uur en zes minuten aan werkzaamheden die vielen onder de ‘betrekkelijk productieve tijd’.

Het totaal aantal gewerkte uren over een periode van vier weken verschilde per instelling sterk. Dit had onder meer te maken met het feit dat Haarlem en Zaandam probeerden hun wachtlijst weg te werken, respectievelijk te voorkomen. Ook de kosten per bureau verschilden enorm. Uitschieters waren Den Haag (relatief zeer duur) en Utrecht (relatief goedkoop).

Tabel IV-7

Kosten van advies en behandeling (inclusief onderzoekskosten) bij enkele MOB's aangesloten bij de NFMOB, in guldens per 'geval', schatting (1948)*

bureau	advies	eenvoudige behandeling	bepaalde behandeling	intensieve behandeling
Den Haag	169,54	182,33	222,35	361,47
Haarlem	121,10	132,81	162,57	413,84
Rotterdam	114,03	124,69	161,77	380,76
Utrecht	95,69	104,91	125,97	186,90
Zaandam	113,66	122,52	159,21	337,93
gemiddeld	122,80	133,45	166,38	336,18

* Amsterdam en Leiden hadden hun gegevens niet op tijd ingeleverd.

Bron: NA 2.19.146 inv. nr. 139, Rapport 1949, tabel 10.

Tot slot was het de onderzoekers volkomen duidelijk geworden dat de administraties op de verschillende bureaus, op een enkele uitzondering na, ‘voor een buitenstaander min of meer onoverzichtelijk’ waren. De commissie deed had ook een dringend advies voor de bureaus: ‘Richtlijnen voor een overzichtelijke administratie, in onderling overleg of met behulp van een administratief-technisch onderlegde kracht opgesteld, zouden ons

¹ NA 2.19.146 inv. nr. 139, Rapport inzake de duur en de kosten van onderzoek bij een aantal Medisch-Opvoedkundige Bureaus alsmede het verslag van het controle-onderzoek, 1949, 1.

inziens een meer systematische en onderling overeenstemmende administratie ten goede komen. Dit zou ook het verkrijgen van overzichten vergemakkelijken.¹

Een compleet andere werkelijkheid

Dit laatste was niet zomaar een kreet. De gegevens van het eerste onderzoek waren schattingen, die min of meer met de natte vinger waren gedaan. In de herfst van 1949 werden de aangeleverde cijfers gestaafd aan de exploitatieresultaten van 1948.² Eén opmerkelijke conclusie van dit tweede onderzoek zullen we hier vast verraden: er kwam een compleet ander beeld naar voren.

Het Utrechtse bureau, dat volgens de theoretische berekening het goedkoopste leek, was in werkelijkheid het op een na duurste, de kosten van de adviezen lagen zelfs 24 procent hoger dan die van het Haagse bureau, dat volgens de theoretische berekening ver uitstak boven de andere bureaus.³

Tabel VI-8

Kosten van advies en behandeling (inclusief onderzoekskosten) bij enkele MOB's aangesloten bij de NFMOB, in guldens per 'geval', volgens de exploitatierekeningen (1948)*

bureau	advies	eenvoudige behandeling	bepaalde behandeling	intensieve behandeling
Amsterdam	71,09	80,64	133,24	304,67
Den Haag	90,53	97,36	118,73	193,06
Haarlem	60,43	66,27	81,12	206,51
Rotterdam	70,40	80,26	104,13	245,10
Utrecht	102,39	112,26	134,79	199,98
Zaandam	120,48	129,87	168,73	358,21
gemiddeld	85,89	94,44	123,46	251,26

* excl. Leiden

Bron: NA 2.19.146 inv. nr. 139, Aanvulling 19 oktober 1949.

Bij nadere beschouwing bleek dat bij de bureaus Utrecht en Zaandam, die volgens de exploitatierekeningen duur waren, de theoretische en werkelijke tijdsinvestering en kosten vrij dicht bij elkaar lagen. De overige bu-

¹ NA 2.19.146 inv. nr. 139, Rapport inzake de duur en de kosten van onderzoek bij een aantal Medisch-Opvoedkundige Bureaus alsmede het verslag van het controle-onderzoek, 1949, 4.

² NA 2.19.146 inv. nr. 139, Rapport inzake de duur en de kosten van onderzoek bij een aantal Medisch-Opvoedkundige Bureaus alsmede het verslag van het controle-onderzoek, 1949, Aanvulling 10 oktober 1949.

³ NA 2.19.146 inv. nr. 139, Rapport inzake de duur en de kosten van onderzoek bij een aantal Medisch-Opvoedkundige Bureaus alsmede het verslag van het controle-onderzoek, 1949, Aanvulling 10 oktober 1949.

reus hadden in het eerste onderzoek een veel hogere tijdsinvestering en bijbehorende kosten opgegeven dan in werkelijkheid waren gemaakt. Het grootst was de afwijking van de psychologen, die vier keer zoveel tijd hadden opgegeven als in werkelijkheid was besteed. Dat betekende dat zij ofwel hun tijdsinvestering sterk hadden overschat, ofwel hun gemiddelde beloning te hoog hadden ingeschat, of beide. Of hadden ze de tijd die zij besteed hadden aan het uitwerken van de tests wel in het eerste onderzoek meegeteld, maar kregen zij dit niet in de praktijk uitbetaald? Voor de artsen gold iets vergelijkbaars, alleen in minder sterke mate. Alleen bij de psychiatrisch sociaal werksters kwamen de inschatting van het werk en de werkelijke kosten vrij aardig overeen.¹

Aanbevelingen van de Nederlandse Stichting voor de Statistiek

In 1951 en 1953 vonden er opnieuw soortgelijke onderzoeken plaats, in 1951 op dezelfde wijze als het hierboven genoemde onderzoek, in 1953 onder zes katholieke MOB's.² De onderzoekers van de Nederlandse Stichting voor de Statistiek (NSS), het onderzoeksbureau dat beide onderzoeken gedaan had, deden enkele aanbevelingen om de inefficiëntie van de bureaus aan te pakken. Zij hadden geconstateerd dat de psychiatrisch sociaal werksters te veel tijd kwijt waren met administratieve handelingen; daarvoor waren ze volgens NSS te duur en niet opgeleid. Het advies was om meer administratief personeel aan te nemen. Voor iedere twee psychiatrisch sociaal werksters zou er één administratief medewerker in dienst genomen moeten worden. De kantoren moesten ook beter geoutilleerd worden. Daarnaast adviseerden de rapporteurs om over te gaan tot centrale inkoop. Verder vonden ze dat er meer aandacht moest komen voor de statistische verslaglegging, zodat er betere kostprijsberekeningen konden worden gemaakt en onderlinge vergelijkingen tussen de bureaus mogelijk werden. Hierin klinkt de echo door van de totstandkoming van de *Kostende prijs* dertig jaar eerder. Volgens NSS zou dit de kans op structurele subsidie aanmerkelijk vergroten. Het bureau wees op het belang van uniforme tijdregistratie, begroting, kostprijsberekening, dossiervorming en financiële administratie. Een en ander moest uitmonden in uniform opgezette jaarverslagen.³

¹ NA 2.19.146 inv. nr. 139, Rapport inzake de duur en de kosten van onderzoek bij een aantal Medisch-Opvoedkundige Bureaus alsmede het verslag van het controle-onderzoek, 1949, Aanvulling 10 oktober 1949.

² Deze rapporten zijn niet in het archief van het NFMOB bewaard gebleven, maar er wordt in andere stukken wel naar verwezen. NA.2.19.146 inv. nr. 142, Advies inzake statistiek en administratie bij Medisch Opvoedkundige Bureaux, Rapport AA 829 van de Nederlandse Stichting voor de Statistiek, 1955.

³ NA.2.19.146 inv. nr. 142, Advies inzake statistiek en administratie bij Medisch Opvoedkundige Bureaux, Rapport AA 829 van de Nederlandse Stichting voor de Statistiek, 1955, 1955.

Met de adviezen van de stichting werd echter maar weinig gedaan. In 1957 bestonden er nog altijd grote verschillen tussen de bureaus. ‘De vraag, die zich ongetwijfeld aan ieder die kennis neemt van de cijfers zal opdringen, is waarom bureaus, die alle hetzelfde doel beogen en alle met ongeveer hetzelfde materiaal werken, een dergelijke verscheidenheid in uitkomsten te zien geven,’ schreven de rapporteurs naar aanleiding van hun laatste onderzoeken.¹ Volgens hen was dit aan interne factoren te wijten, voornamelijk te zoeken in het ‘verschil van inzicht omtrent de werkwijze van een M.O.B.’² Er waren nog altijd grote verschillen tussen de tijdsinvestering van psychiatrisch sociaal werksters van verschillende bureaus voor een gemiddeld onderzoek (8 uur - 20 uur). Hetzelfde gold voor de andere functionarissen. Algemene werkzaamheden namen relatief nog steeds veel tijd in beslag van stafleden: bij zeven bureaus zelfs meer dan een kwart van de tijd.

Naar aanleiding van de uitkomsten van het onderzoek stelden de rapporteurs enkele kritische – overigens verrassend hedendaags klinkende – vragen, zoals: waarom werd er zoveel tijd besteed aan algemene werkzaamheden? Kwam dat door voorlichting en preventie en zo ja, was dit dan wel een taak van de MOB’s? Kwam het door administratiewerkzaamheden en zo ja, kon dit dan niet wat efficiënter? Was het verantwoord dat de aanmelding (nu zouden we zeggen *intake*) meer dan 15 procent van de werktijd van de psychiatrisch sociaal werkster opslokte? Bij welke omvang fungeerde een stafvergadering nog productief?

Het bureau pleitte voor een ‘collectieve’ beantwoording van deze vragen. Hieruit zouden dan vanzelf richtlijnen voor de sector ontstaan, ‘een *be-wuste* opzet van de werkzaamheden, die onder gegeven omstandigheden als de beste kan worden beschouwd’.³ De financiële verantwoording moest hiermee gelijke tred houden. De rapporteurs hadden al in een eerder rapport gepleit voor de invoering van periodieke begrotingscontroles. Een en ander moest niet aan de bureaus zelf worden overgelaten, maar aan de koepelorganisatie.⁴

¹ NA 2.19.146 inv. nr. 117, Nederlandse Stichting voor de Statistiek, Nota voor de contactcommissie betreffende het gebruik van de uitkomsten van het vergelijkend onderzoek, 17 april 1959, 2.

² NA 2.19.146 inv. nr. 117, Nederlandse Stichting voor de Statistiek, Nota voor de contactcommissie betreffende het gebruik van de uitkomsten van het vergelijkend onderzoek, 17 april 1959.

³ NA 2.19.146 inv. nr. 117, Nederlandse Stichting voor de Statistiek, Nota voor de contactcommissie betreffende het gebruik van de uitkomsten van het vergelijkend onderzoek, 17 april 1959, 7. In de terminologie van vandaag de dag zouden we spreken van *best practices*.

⁴ NA 2.19.146 inv. nr. 117, Nederlandse Stichting voor de Statistiek, Nota voor de contactcommissie betreffende het gebruik van de uitkomsten van het vergelijkend onderzoek, 17 april 1959, 7.

Meer geld, maar nauwelijks meer personeel

In hoofdstuk V hebben we al uiteengezet dat in 1959 de rijkssubsidieregeling werd ingevoerd (zie hoofdstuk V). Het subsidiebedrag bestond, zo schreven we daar, uit een bijdrage in de salariskosten en kosten voor honoraria van 40 procent. Sociale lasten en pensioenen waren hierbij niet inbegrepen, maar de subsidiënt eiste van de ontvangers wel dat zij goede voorzieningen op dit gebied zouden regelen. Er kwam, zo lieten we ook zien, structureel veel meer geld beschikbaar voor de MOB's. Leidde dit alles nu uiteindelijk ook tot een substantiële uitbreiding van het bestand van medewerkers in de sector?

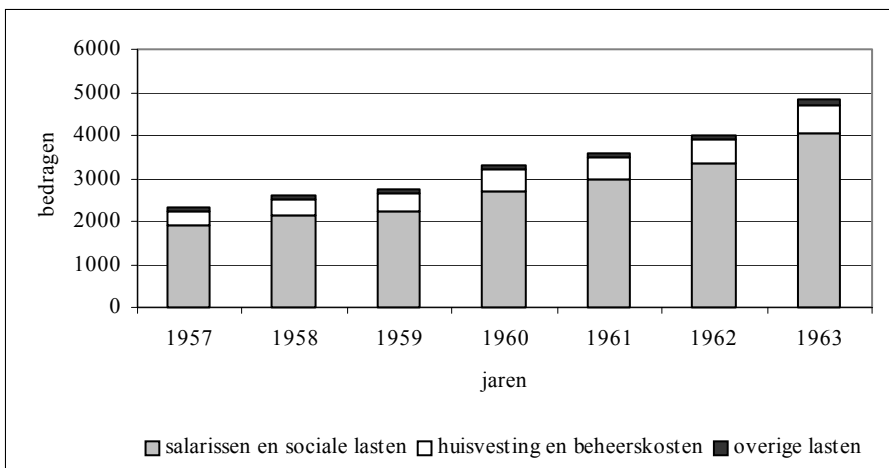
Vanaf 1957 hield het CBS van rond de zeventig MOB's bij hoe hoog de gezamenlijke inkomsten en uitgaven waren over het afgelopen jaar. Op grond van deze gegevens kan men vaststellen dat bij de MOB's, net als bij de intramurale GGZ, de gestegen personeelslasten (salarissen en sociale lasten) de grootste veroorzakers waren van de toenemende kosten van de MOB's. De post groeide al vanaf 1957 en kon na 1959, bij de komst van de rijksregeling, een klein beetje harder groeien.

Net als bij de inrichtingen en (vermoedelijk) de voor- en nazorgdiensten gingen deze gestegen personeelslasten echter maar ten dele zitten in uitbreiding van het aantal personeelsleden, zoals we in grafiek VI-16 kunnen laten zien.

De belangrijkste veroorzaker van de kostengroei kunnen we vinden in de salarisverhoging en de groei van de sociale lasten (in deze periode onder andere door de AOW en de AWW).

Grafiek VI-15

Kosten in duizend guldens per jaar van ca. 70 door CBS getelde MOB's in Nederland (1957-1963)



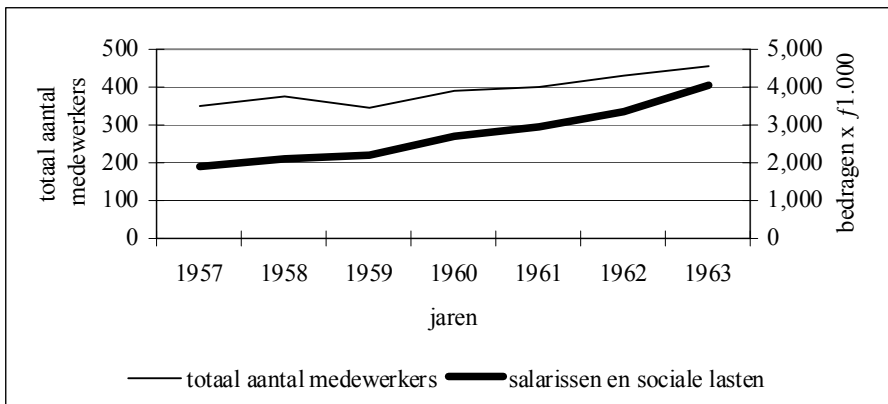
Bron: CBS [1960-1966]a.

Hiermee kunnen we vaststellen dat de gestegen inkomsten als gevolg van de komst van de rijkssubsidieregeling vooral heeft geleid tot hogere salarissen en dito sociale lasten van het personeel dat werkzaam was in de bureaus. Het aantal medewerkers steeg niet noemenswaardig. De hulpvraag steeg echter wel. Er ontstonden wachtlijsten. We geven hier de MOB's van de SGV als voorbeeld. In de jaarverslagen van de SGV werd in 1953 voor het eerst melding gemaakt van 'wachtlijsten'. In de jaren daarop volgend kwam het onderwerp vaker ter sprake. Een paar jaar later kwam men zelfs op het idee om in de strijd tegen de wachtlijsten speciale 'verkorte' programma's te gaan invoeren, naast de langdurige onderzoeksprocedure die gewoonlijk werd gevolgd. Het mocht niet baten, de wachtlijsten bleven. Pas in 1959 verminderde de druk op de wachtlijsten. Dit was echter niet het gevolg van het aantrekken van meer personeel, maar van het feit dat er strenger werd geselecteerd vooraf en kinderen eerder werden doorverwezen naar andere instanties (waardoor dáár weer wachtlijsten konden ontstaan). Ook in de jaren daarna bleven de wachtlijsten bestaan.¹ Evenals het personeelsgebrek. Nog in 1965 lezen we:

De slotopmerkingen in de jaarverslagen klinken sedert jaren in mineur met betrekking tot het tekort aan medewerkers. Er is weinig troost te putten uit het feit dat het tekort in andere m.o.b.'s in het land dikwijls nog ongunstiger is.²

Grafiek VI-16

Totale kosten voor salarissen en sociale lasten in duizend guldens per jaar versus totaal aantal medewerkers van ca. 70 door het CBS getelde MOB's in Nederland (1957-1962)



Bron: CBS [1960-1966]b.

¹ NHA 380 inv. nr. 1, Jaarverslag SGV 1953, 1; Jaarverslag SGV 1957, 11; Jaarverslag SGV 1959, 43; Jaarverslag SGV 1962, 49.

² NHA 380 inv. nr. 1, Jaarverslag SGV 1965, 8.

Onduidelijkheid

De onderzoeken en rapportages van NSS maken verschillende dingen duidelijk. Zo kunnen we vaststellen dat de MOB's in elk geval tot eind jaren vijftig organisatorisch een rommeltje moeten zijn geweest, gelet op de grote verschillen tussen de inschatting die medewerkers maakten van hun tijdsinvestering aan de ene kant en de uitkomsten van onderzoek hiernaar op basis van de exploitatiegegevens. Ook kunnen we constateren dat men zich daar pas in deze tijd van bewust werd en het als een probleem begon te beschouwen.

De aanbevelingen van bureau NSS om dit probleem op te lossen, voerden in de richting van wat we in moderne termen een 'kwaliteitsslag' zouden kunnen noemen. Standaardisering van de werkzaamheden volgens richtlijnen die als 'de beste' kunnen worden beschouwd, gepaard gaande met een heldere financiële verantwoording. De rapporteurs van NSS hadden zelf overigens weinig fiducia in een snelle implementatie van hun gedachtegoed. 'De ervaring leert, dat dit een werk is van langere adem.'¹

Dat er sprake was van organisatorische onduidelijkheden, maakt het lastig om conclusies te trekken over de samenhang tussen de groeiende financiële armslag in de MOB-sector en mogelijke veranderingen die hebben plaatsgevonden. Het enige dat we met zekerheid kunnen vaststellen, is dat er meer geld naar de personeelslasten ging en dat dit geld voor een belangrijk deel werd uitgegeven in de vorm van salarisverbeteringen en sociale lasten en pensioenpremies. Het personeelsbestand groeide echter nauwelijks en hieruit mogen we concluderen dat de extra gelden voor de groeiende groep hulpvragers weinig hebben opgeleverd.

§ 8. Slotwoord

In naoorlogse jaren werd door de overheden aan geestelijke volksgezondheid veel belang gehecht en er werd ook geld beschikbaar gesteld: provinciesubsidies, preventiegelden en later ook rijkssubsidies voor ambulante geestelijke gezondheidszorg, wederopbouw gelden van het rijk voor de gehavende psychiatrische inrichtingen, extra gelden via de ziekenfondsen en meer geld van de gemeenten via de verhoogde verpleegtarieven. Dit laatste werd onder meer mogelijk gemaakt doordat de rijksoverheid het de inrichtingen toestond om bovenop de gewone tarieven, waarin al een bedrag voor afschrijvingen werd verdisconteerd, extra procenten te heffen voor zogenaamde 'vernieuwingsfondsen'.

¹ NA 2.19.146 inv. nr. 117, Nederlandse Stichting voor de Statistiek, Nota voor de contactcommissie betreffende het gebruik van de uitkomsten van het vergelijkend onderzoek, 17 april 1959, 7.

In de paragrafen hiervoor hebben we laten zien waar deze gelden in de praktijk terecht kwamen. De psychiatrische inrichtingen wendden wederopbouw gelden aan om de oorlogsschade te herstellen, maar van Wolfheze staat in elk geval vast dat deze instelling ook gebruik maakte van de gelegenheid die zich voordeed om meteen enkele technische verbeteringen toe te passen. Dat gebeurde al vanaf het begin. De technische verbeteringen werden al snel aangevuld met grotere veranderingen; bouwkundige en ook organisatorische aanpassingen die pasten in de ontwikkeling van de 'heropvoedingstherapie'. Ook in andere inrichtingen werd gewerkt aan de herinvoering van de activerende therapie, maar Wolfheze was de eerste instelling waar dit op deze schaal, voor deze (grote) groep patiënten en op deze uitgebreide wijze gebeurde. Het staat niet helemaal vast dat dit het gevolg was van de grotere financiële armslag door de wederopbouw en de invoering van het 'vernieuwingsfonds', maar veel wijst wel in deze richting.

Voor de introductie van Largactil (met in het kielzog daarvan ook andere psychofarmaca) lijkt iets vergelijkbaars te zijn gebeurd. Zonder extra geld van de ziekenfondsen was het misschien niet mogelijk geweest op grote schaal te experimenteren met deze therapieën. De behandelwijze was zeer kostbaar. Dat inrichtingen waar de psychofarmaca als eerste op grote schaal werden gebruikt, toevallig allemaal geen ingewikkelde tariefonderhandelingen hoefden te voeren met de provincies, zal daaraan mede hebben bijgedragen. De inrichtingen die 'er vroeg bij' waren, behoorden zonder uitzondering tot de duurste inrichtingen in het land.

In het inrichtingswezen had na de oorlog een omslag in het denken plaatsgevonden. Op bestuurlijk niveau werd niet zozeer meer gedacht in termen van het behoud van het bestaande: opknappen en wat verouderd is vernieuwen en uitbreiding in kwantitatieve zin (aantal bedden, aantal behandelingen), maar in termen van vernieuwing en verbetering. Vooral de discussie over de invoering van de vervangingswaarde als uitgangspunt bij de vaststelling van de tarieven in de intramurale geestelijke gezondheidszorg wijst in deze richting. Er werd niet langer gestreefd naar een zo laag mogelijk verpleegtariaf bij minimale eisen, maar - we schreven het hierboven al in de woorden van inspecteur Dolk - naar zorg die nodig was 'in het belang van de zieke mens'.¹ Dit was een stapje vooruit, maar het bleef een *kleine* stap, in 'slakkengang', om met de woorden van B. Vos, adjunct-directrice van Duin en Bosch, te spreken.²

De hier gesuggereerde kleine stap vooruit zou men aan de patiëntenstromen kunnen aflezen. Voor het eerst in de geschiedenis van de psychiatrie nam het aantal ontslagen patiënten substantieel toe. Toch is deze relatie

¹ Dolk 1956, 205.

² Vos 1952, 18.

niet zo eenduidig als het lijkt. Ten eerste was een groot deel van de ontslagen patiënten niet volledig hersteld. Zij moesten een groter beroep doen op de extramurale GGZ, meer in het bijzonder op de groeiende voor- en nazorg (later de SPD). Daar komt bij dat een deel van de ontslagen patiënten weer na enige tijd terugkeerde in de inrichting; ook het aantal opgenomen patiënten was sterk toegenomen. Het aantal kortdurende opnames nam eveneens sterk toe en achter deze constatering gaat de laatste kanttekening schuil: onder de kortdurend opgenomen patiënten kan behalve de groep 'draaideurpatiënten' ook een groep vertegenwoordigd zijn met klachten waarvoor men in vroeger tijden niet in een inrichting opgenomen werd.

Het blijft al met al de vraag of er in de jaren vijftig, begin jaren zestig werkelijk een eerste, laten we zeggen, 'kwaliteitsslag' heeft plaatsgevonden, of dat er alleen maar sprake was van retoriek. Die vraag is mede moeilijk te beantwoorden omdat er juist in deze periode een groot gebrek was aan (verplegend) personeel om alle gewenste veranderingen door te voeren. Dit werd in elk geval destijds vaak genoemd als een van de belangrijkste problemen waarmee de intramurale GGZ te kampen had; niet alleen de intramurale GGZ, ook de extramurale GGZ kampte constant met gebrek aan personeel.

Voor de extramurale geestelijke gezondheidszorg - c.q. de voor- en nazorg en de MOB's - waren de extra gelden via de provincies, het Praeventiefonds (en later ook de rijkssubsidies) een voorwaarde om te kunnen groeien in omvang en aantal bureaus. We hebben gesignaleerd dat in de voor- en nazorg een forse taakverzwaring en een taakverschuiving heeft plaatsgevonden, die beide mede werden beïnvloed door de groei van de hulpvraag. Dit alles werd financieel mogelijk doordat de provincies extra geld beschikbaar stelden door te korten op de verpleegkostensubsidies aan de gemeenten. In de MOB-sector leidden de groei en de extra fondsen tot een bewustwording van de noodzaak van transparantie en standaardisatie in de praktijk van de hulpverlening. Meer structuur kon uiteindelijk worden bewerkstelligd door de komst van rijkssubsidies. Bij het vaststellen van de voorwaarden daarvoor werd gebruik gemaakt van gedachten over de ideale opzet van de bureaus die in het werkveld zelf al leefden.

In beide sectoren vond een sterke groei plaats, hoewel het als gevolg van het gebrek aan een uniforme en bruikbare registratie van praktijkgegevens erg moeilijk is vast te stellen hoe groot de groei nu werkelijk was.

Wat wel duidelijk is, is dat het aantal personeelsleden niet evenredig met de groeiende aanwas van hulpvragen meegroeide. Personeelsgebrek was en bleef dus ook in de extramurale GGZ een groot probleem. De enige manier om dit op te lossen, of in ieder geval niet nóg groter te maken was te zorgen voor betere personeelscondities. Sociale voorzieningen, salarisverbetering en de invoering van de vijfdaagse, 45-urige werkweek namen

samen een enorm groot deel van de kostprijsstijgingen in de intramurale en extramurale GGZ voor hun rekening. De uitbreiding van het personeelsbestand, die zeker plaatsvond, werd voor een deel ook nog eens veroorzaakt door taakverzwaring en door de kortere werkduur. Het is heel moeilijk om vast te stellen wat dergelijke maatregelen voor de patiënten hebben betekend.